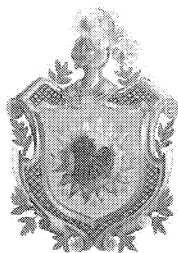


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE
MASTER EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

***"DIAGNÓSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DE LOS/LAS
ADOLESCENTES DEL AREA URBANA DE SIUNA - ATLANTICO NORTE -
NICARAGUA. AGOSTO - NOVIEMBRE 2006"***

AUTOR:

Dr. Wilder Cárdenas Manzanarez

TUTORA:

**Dra. Tomasita Medina Cajina
MSc. Salud Pública
MSc. Salud Sexual y Reproductiva**



**Julio 2008
Managua, Nicaragua**



MSC
MED
378.242
Cár
2008

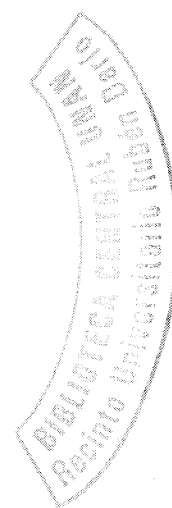
Don X Salud Sexual Rep.

INDICE

OPINION DEL TUTOR

RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACIÓN	10
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
V.	OBJETIVOS	13
VI.	MARCO DE REFERENCIA	14
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	48
VIII.	RESULTADOS	56
IX.	ANALISIS DE RESULTADOS	65
X.	CONCLUSIONES	80
XI.	RECOMENDACIONES	82
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	83
XIII.	ANEXOS.....	86



OPINION DE LA TUTORA

Se ha determinado que la Salud de los/las adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Sin embargo, con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.

La adolescencia es un período formativo crucial que moldea la forma en que los niños y las niñas vivirán sus años adultos, no solo con relación a su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva, social y económica.

El aumento de la población adolescente en relación a la población general, así como el aumento de riesgo y vulnerabilidad social, genera a los servicios de salud la necesidad de abrir espacios de intervención preventiva y clínica de calidad a partir del estudio de diferentes componentes y determinantes de esta etapa de la vida desde la perspectiva de género, ya que muchos de los riesgos para la salud de los y las adolescentes pueden asociarse a estereotipos de género.

Basado en lo anterior, es que surge la necesidad de estudiar la adolescencia de una forma integral, sin embargo una de las facetas poco exploradas por los estudios ha sido el componente de la sexualidad y la reproducción de los mismos, campo que en la actualidad a cobrado mucho auge y que a la vez ha permitido ir orientando diferentes estrategias de intervención generales y particulares con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida a este grupo poblacional.

Por lo tanto, el trabajo *“Diagnóstico de la Situación de Salud de los/las adolescentes del Área Urbana de Siuna – Atlántico Norte de Nicaragua”* realizado por el Dr. Wilder Cárdenes Manzanarez, reúne una serie de elementos positivos acerca de la temática estudiada, ya que aborda con agudeza e integralidad un importante aspecto de la problemática de este grupo poblacional, permitiendo esta forma que las autoridades locales de salud tengan una mejor visión acerca del mismo y así mismo poder redireccionar o bien plantear estrategias que permitan el abordaje integral de la situación antes mencionada.

Dra. Tomasita Medina Cajina

Coordinadora

Maestría Salud Sexual y Reproductiva

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de **Analizar la Situación de Salud de los/las Adolescentes del sector urbano del Municipio de Siuna, de Agosto a Noviembre del 2006**. Se encuestó un total de 228 adolescentes que representó el 10% de la población urbano adolescente.

Entre las características conductuales se encuentra que muy pocos están organizados en pandillas, un 8% ha tenido intento de suicidio sobre todo en el sexo femenino; 6% consume drogas en donde la mayoría inició desde edades tempranas siendo la principal causa la curiosidad. La ingesta de licor (19%) y el fumado (11%) lo han iniciado después de los 15 años y está asociado a la curiosidad.

El 37% tiene VSA con mayor predominio en el sexo masculino; 54% inició antes de los 15 años; 46% ha tenido 3 o más parejas sexuales de franco predominio en los varones. Más de la mitad ha oído hablar de los métodos anticonceptivos siendo los más conocidos las pastillas, el condón y las inyecciones. El 90% reconoce la necesidad de la anticoncepción pero solo el 73% la utiliza en la actualidad, obteniendo los métodos en su mayoría en las farmacias.

De las adolescentes que iniciaron VSA, el 56% tiene historia de embarazo, de los cuales el 64% ocurrieron en el último año, siendo la mayoría atendidos en las Unidades de Salud. El 50% de los embarazos no fueron deseados. Se registran 5 casos de abortos en donde 2 de ellos fueron voluntarios. 51% tiene historia de infecciones genitales, predominando en las mujeres las secreciones genitales mientras que en los hombres los granos y ulceraciones. Buena parte de éstos han buscado atención médica.

12% refiere antecedentes de manoseo; 24% violencia física; 4% violencia sexual. Los principales victimarios los amigos y padrastros. Solo el 19% ha buscado ayuda.

79% utilizan los servicios de salud y los principales motivos para no utilizarlos son la demora en la atención, falta de medicamentos y no les gusta.

De forma general se concluye que estos adolescentes están iniciando conductas de riesgo (drogas, alcohol y tabaco) a edades tempranas lo cual determina su estado de salud, teniendo como principales problemas el embarazo en la adolescencia y las infecciones de transmisión sexual los cuales están asociados a la práctica de un sexo inseguro por lo que se deben implementar acciones educativas de forma integral que permitan modificar sus estilos de vida con la finalidad de tener estilos de vida saludables en los y las adolescentes de Siuna con el apoyo de los diferentes actores locales.

I. INTRODUCCION

La Salud de los adolescentes (10 - 19 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. ⁽⁶⁾

Por lo tanto, la adolescencia es una etapa muy importante en la vida de todo ser humano, hasta el punto que algunos la han considerado como un segundo nacimiento. Se ha conceptualizado como un período de crecimiento y desarrollo, en el que surgen nuevos patrones físicos, psicológicos y sociales, los cuales se integran en la personalidad y permiten elaborar la propia identidad. ⁽¹⁴⁾

Durante este proceso de desarrollo se originan valoraciones personales y culturales del comportamiento sexual que pueden constituirse en facilitadores pero también en obstaculizadores de la relación práctica de cambios que favorecen la prevención de problemas serios como los embarazos no deseados, abortos, el alto riesgo de morbilidad materno-infantil, matrimonios tempranos o forzados y sobre todos las Enfermedades de Transmisión Sexual. ⁽¹⁴⁾

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud define la Adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, desde los 10 hasta los 19 años. La Adolescencia es generalmente definida como la transición entre la infancia y la edad adulta y la paternidad, una fase ambigua marcada por cambios fisiológicos y psicológicos acentuados. ⁽¹⁷⁾

Como puede observarse la adolescencia no es un proceso meramente biológico, sino también psicológico y social que asume características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular. ⁽¹⁰⁾

Aunque la adolescencia conforma un grupo poblacional con características comunes, ésta constituye un grupo social y culturalmente heterogéneo. Entre los aspectos fundamentales de su concepción están: la ideología, género, cultura, etnia y clase social. ⁽²⁵⁾

Este grupo de población tiene sus propios retos, derivados de los cambios biopsicosociales característicos de esta etapa del desarrollo humano. Sin embargo, la adolescencia no siempre es una etapa de disturbios. Las raíces de los problemas

que se presentan en la adolescencia están vinculadas al contexto social en que los y las adolescentes se desenvuelven. ⁽²⁵⁾

Dependiendo de sus condiciones de vida, los y las adolescentes pueden desarrollar estilos de vida diferentes. Estos han sido caracterizados como de “bajo riesgo” o de “alto riesgo”. Se considera que los jóvenes con estilos de vida de bajo riesgo son aquellos que no tienen las características y no desarrollan actividades que los exponen a presentar disturbios mayores dentro del proceso de adolescencia, en cambio, los jóvenes que desarrollan un estilo de alto riesgo tienen conductas de alto riesgo y mayores probabilidades de padecer problemas de gran importancia en la adolescencia: disturbios afectivos y de conducta, disturbios en el aprendizaje y abandono escolar, embarazo no deseado, problemas de violencia social y ecológica, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, accidentes que conducen a secuelas y muertes, suicidios, uso de drogas, etc. ⁽²⁵⁾

Sin embargo, la presencia de la problemática de la adolescencia en la escena social de Centroamérica, data apenas de los últimos años. Su reconocimiento como punto de agenda pública es todavía más reciente. Durante los primeros años de esta década, este grupo social (10 – 19 años) quedaba en total invisibilidad en cuanto a sus necesidades y espacio social que debería ocupar. ⁽³¹⁾

Como puede observarse la adolescencia no había sido considerada como grupo prioritario y por lo tanto, los problemas propios de esta etapa de la vida habían recibido muy poca atención de parte de instituciones gubernamentales y organismos no gubernamentales, así como de la sociedad civil. Es a partir de unos pocos años atrás, que se inicia un importante proceso de involucramiento en la problemática de la adolescencia. ⁽³¹⁾

Hay que tomar en cuenta, que la experiencia de ser adolescente está mediatizado no sólo por la edad, sino por el género, la clase social, etnia, nacionalidad, el estado civil, entre otras condiciones. Por ello, el trabajo con adolescentes supone necesariamente conocer el contexto así como las condiciones específicas y las variables determinantes propias de cada grupo de adolescentes, que permitan a su vez, identificar la situación de salud y las condiciones de vida que estos tienen.



II. ANTECEDENTES

En los decenios de 1960 y 1970, muchas investigaciones sociales demostraron que en el mundo en desarrollo, las jóvenes que tenían hijos en la adolescencia no solo comprometían gravemente su propio desarrollo educacional, económico y personal sino que además también comprometían las oportunidades que sus hijos pudieran tener en la vida. ⁽¹⁾

Es así como, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comienza a estudiar la problemática de este grupo en la década del 60, mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo hace a principios de los años 70. Posteriormente y en forma progresiva se ha venido incrementando la atención sobre la salud de los adolescentes y en los últimos años se ha diseñado un programa completo, cuya aplicación se inicia en 1990. ⁽²⁹⁾

A partir de ese momento, se llevan a cabo diversos estudios sobre los principales problemas que acontecen en la adolescencia, cobrando relevancia el embarazo en la adolescencia como uno de los problemas con mayor impacto en la vida de los/las adolescentes. Es así como se observa que el problema de la adolescente embarazada ha tomado proporciones epidémicas en los Estados Unidos de América. El problema sin embargo, no es patrimonio único de los EE.UU. como lo demuestre el reporte de la primera conferencia interhemisférica de fecundidad de la adolescente en donde se plantea que los embarazos juveniles, de solteras, son un problema serio en muchos países: "cerca de 13 millones de madres en 1975 no había alcanzado la mayoría de edad". ⁽⁵⁾

Los aspectos sociológicos de la gestante juvenil soltera fueron discutidos en el congreso de Ginebra en 1974. A principios de la década de los 70 se adujo que, comparando con otros países, los EE.UU. mostraban mayor capacidad Reproductiva en las adolescentes. En el Japón, por ejemplo, únicamente el 1% de todos los embarazos eran adolescentes; en Suecia 7% y en Inglaterra 11%. ⁽⁵⁾

Estudios realizados en América Latina como en otras regiones del mundo ponen de manifiesto a las adolescentes que se encuentran en la situación de ser jefas de hogar, y por lo tanto a cargo de la subsistencia económica de su familia. ⁽⁵⁾

En México, un conteo de población y vivienda registró un total de 163.020 hogares constituidos por adolescentes de los cuales el 18% tenían como jefa de hogar a mujeres adolescentes entre 12 y 19 años (CINEGI/98). Una opción económica abierta es la prostitución. ⁽⁵⁾

En 1986, un análisis demográfico de Chile reconoció 94.5 % abortos provocados por mil nacidos vivos, y 4.1% abortos provocados por mil mujeres menores de 20 años. ⁽¹⁶⁾

Otro estudio realizado en Chile en 1987 sobre aspectos psico sexuales en 300 adolescentes, identificó que el 26% de ellas habían tenido relaciones sexuales, el 2% habían resultado embarazadas y decidieron tener un aborto. En fechas más recientes una encuesta con 948 chilenos de una escuela Pública mostró que el 4% de las mujeres y el 6% de los hombres estuvieron involucrados en una situación de embarazo, y el 57% de estos terminaron en aborto. ⁽¹⁶⁾

En Nicaragua se encuentra una serie de información que brindan un panorama general y real de la situación de la adolescencia. Es así como se encuentran los siguientes trabajos:

- ❖ En 1994 en el Hospital Bertha Calderón Roque se investigó acerca de las características del parto en adolescentes para conocer las complicaciones y la vía de terminación; otro estudio realizado en este mismo hospital en el mismo año fue Embarazo y parto en gestantes adolescentes menores de 16 años donde figuraron como la enfermedad médica: las enfermedades de transmisión sexual e infecciones de vías urinarias y en las obstétricas: el síndrome hipertensivo gestacional y ruptura prematura de membranas. ⁽¹⁵⁾
- ❖ Un trabajo de investigación monográfico de casos y controles donde se comparó embarazo en adolescentes y no adolescentes realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense en 1997 concluyó que el bajo peso al nacer y la infección de vías urinarias era más frecuentes en la adolescencia. ⁽⁵⁾

Es hasta 1998 que se inició una exploración más integral de los diferentes componentes de salud Reproductiva de los/las adolescentes iniciando con la caracterización de los adolescentes en Nicaragua, como parte de una recopilación bibliográfica realizada por estudiantes de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva encontrando entre los principales resultados los siguientes:

- ❖ La población de adolescentes en Nicaragua correspondía al 25.6 % de la población. La población femenina adolescente representa el 5.3 % del total de las mujeres; un 63 % se encuentran viviendo en áreas urbanas y sub urbanas y el 37 % en áreas rurales. ⁽²⁴⁾
- ❖ Se concluye que en el contexto de la crisis socio económica que vive el país los niños y las niñas trabajan tempranamente perdiendo sus oportunidades de

educación y formación laboral y es causa de desarticulación familiar, asociado a violencia, abandono de los hijos, relaciones sexuales precoces y a embarazo en adolescencia. ⁽²⁴⁾

- ❖ Con relación a los aspectos educativos se concluye que no existen en el país esfuerzos de educación constantes y masivos en relación con los temas de salud Reproductiva que ayuden a los jóvenes a tomar decisiones informadas con respecto a su sexualidad. ⁽²⁴⁾
- ❖ Los esfuerzos de capacitación informal en temas de salud sexual y Reproductiva son insuficientes para alcanzar a la gran mayoría de la población adolescente, pues no existen aún suficientes servicios destinados para este fin, por lo que existen necesidades insatisfechas. A pesar de los esfuerzos por conocer la problemática de los/las adolescentes, la información disponible es todavía algo dispersa e incompleta. ⁽³³⁾

En este mismo año, se realiza también, un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los/las adolescentes de los Barrios Hialeah y Sierra Maestra en temas de Salud Sexual y Reproductiva, encontrándose que existen conocimientos limitados sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual y temas de sexualidad (Orgasmo, Masturbación, etc). Se presentan además, actitudes estereotipadas sobre homosexualidad, virginidad y sexualidad de la tercera edad, observándose que las prácticas sexuales están influenciadas por factores socioeconómicos y culturales. Hay desconocimiento sobre métodos anticonceptivos. ⁽³⁾

Otro esfuerzo realizado es un programa de intervención educativa en Salud Sexual Reproductiva dirigida a los adolescente del Barrio Camilo Ortega de Managua, (1998) que reveló el poco acceso a información y educación de calidad en esta temática teniendo un concepto sobre sexualidad y anticoncepción muy reducido, logrando que este conocimiento se ampliara posterior a la intervención y que fueran conocimientos similares tanto para hombres como para mujeres, aun así persisten algunos mitos y tabúes en torno a la sexualidad y Reproducción. Sin embargo pudo observarse que tenían una base de conocimientos sobre ETS la que se amplió posterior a la intervención. ⁽¹⁸⁾

En el año de 1999 los estudiantes de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva realizan una investigación sobre las características del comportamiento sexual y reproductivo de la Adolescencia en el Asentamiento de Tierra Prometida. Se utiliza una muestra de 196 adolescentes con edades entre los 15 y 18 años encontrándose los siguientes resultados:

- ❖ El 40% habían iniciado relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, siendo heterosexuales en su mayoría (98%)
- ❖ La mayoría de los adolescentes varones refirió tener práctica masturbatoria solitaria (82.9%)
- ❖ El 67.5% utilizaba algún un método anticonceptivo, siendo el de mayor uso el preservativo seguido de gestágenos orales, espermicidas, DIU e Inyectables.
- ❖ En cuanto a la presencia de Embarazo, se encontró que el 44.6% habían participado en un embarazo y el 71.4% de éstos, fueron embarazos no deseados. Un 41.4% de estos embarazos no deseados refirieron haber finalizado en aborto voluntario.
- ❖ Se encontró una incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual del 12.7% de predominio en el sexo masculino.
- ❖ En relación con el abuso sexual se encontró que el 9.2% fueron víctimas de abuso sexual de ellos el 83% correspondían a mujeres. En su mayoría, el abusador fue identificado como un familiar.
- ❖ En lo referente a los/las adolescentes víctimas de violación se encontró que el 6.1% había sido víctima de violación y de estos el 66% eran mujeres. Se encontró además que los principales responsables eran familiares. ⁽¹⁹⁾

Más recientemente (2,000), se plantea en el Informe del Movimiento de Mujeres de Nicaragua sobre los compromisos de Beijing, las siguientes estadísticas de fecundidad:

- ❖ Se revela que las adolescentes de 15 años en un 5.1 % ya son Madres o en su defecto el 5.0% están esperando en el primer hijo y a los 16 años el 12.4 % ya son madres o el 4.2% están esperando el primer hijo, para la edad de 17 años este se incrementa a un 22.4 % que son madres y un 6.1 % que están esperando el primer hijo a la edad de 18 años el 33.1 % ya son madres y a los 19 años el 42.45.
- ❖ El 48 % de las que ya son madres no tienen ningún nivel de educación y de esta solo el 7.8 % tienen un nivel superior.
- ❖ El 27.9% de estas madres provienen del área rural y el 18.8% del área urbana.
- ❖ Con respecto a las víctimas frente al delito de violación revelaron que las mujeres de 13 a 17 años presentaban el más alto porcentaje con un 41.4 %. ⁽²⁰⁾

Según datos recopilados por la UNICEF se revela la siguiente información:

- ❖ Existen en nuestro país, 672,600 niños/as y adolescentes en situaciones de alto riesgo, entre ellos 107,500 sobreviviendo, 1,100 viviendo en las calles, 267,000 víctimas de conflicto armado y 182,000 víctimas de desastres naturales y ecológicos.



- ❖ Actualmente casi el 26% de la población en edad escolar está fuera de las aulas escolares y la tasa de analfabetismo es de aproximadamente el 32%.
- ❖ Según el Ministerio del Trabajo existen en todo el país 160,685 niños y niñas trabajando, sin embargo, la coordinadora de ONG's que trabajan con niños/as, adolescentes y jóvenes, tienen cifras estimadas de 300,000 que trabajan.
- ❖ La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud reveló que una cuarta parte de los adolescentes entre 15 y 19 años ya han iniciado su vida sexual. De éstos el 22% ya tienen hijos y el 5% estaban embarazadas por primera vez.
- ❖ El VIH SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual son algunos de los riesgos de iniciar la vida sexual a edad temprana. Actualmente el Ministerio de Salud tiene en sus registros 6 casos de SIDA y 18 seropositivos en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad.
- ❖ El 95% de las víctimas de violación son mujeres y el 61% de este grupo son niñas y adolescentes menores de 17 años. En el caso de los varones el registro de violaciones es menor pero también los varones que sufren este tipo de agresión son niños o adolescentes menores de 17 años. ⁽²⁷⁾

Uno de los trabajos más completos que se han realizado en la actualidad sobre este tópico, es el de la *"Situación de Salud de los y las adolescentes en Nicaragua"*, realizado en los SILAIS de Managua, Matagalpa, Chinandega y Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS). Entre los principales resultados se encuentran los siguientes:

- ❖ En el año 2000 una de cada cuatro personas que viven en Nicaragua, son adolescentes. Según estimaciones, existe en el país 1,232,175 personas entre 10 y 19 años, constituyendo el 24.3% de la población total.
- ❖ La tasa de fecundidad adolescente, 152 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, es la más alta en América Latina. Se señala que los factores principales son los socio-culturales, inestabilidad, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, abandono escolar y tradición cultural, entre otros. Tres de cada diez nacimientos son de madres adolescentes.
- ❖ Se registraron 171 muertes maternas de adolescentes en un acumulado de 5 años entre 1994 y 1998, lo que equivale a un 23.85% del total de muertes registradas en el país en el mismo período. El Departamento de Matagalpa presentó mayor porcentaje de muertes maternas, siendo 27 el número de muertes en adolescentes en el período antes indicado.
- ❖ Con respecto al aborto en adolescentes, se encontró que el 26.5% (1,291) adolescentes se realizaron un aborto durante el año y en planificación familiar se señala que un poco más del 10% de las adolescentes utilizan métodos anticonceptivos.
- ❖ Con referencia a las Enfermedades de Transmisión Sexual en 1998, se encontró que la gonorrea es de mayor notificación en adolescentes varones. No se encontró registro de SIDA en ninguno de los SILAIS.

- ❖ De las causas de morbilidad hospitalaria en adolescentes, se mencionan: embarazo, parto, puerperio, traumatismos y envenenamientos.
- ❖ Referente a la mortalidad se encontró como primera causa durante 1998, los desastres naturales, seguidas por intoxicaciones por plaguicidas y en tercer lugar los accidentes. Igualmente se registró como causa importante de muerte, los suicidios, siendo Managua el que mayor número de muertes registra.
- ❖ Sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, señalan que ambos sexos están iniciando a edades tempranas el consumo de éstas, no importando el medio social del que provienen, el patrón de consumo es el mismo.
- ❖ En las adolescentes que alguna vez han estado en unión, se encontró que una de cada 4 había sufrido violencia física y una de cada 12 había sido víctima de violencia sexual.
- ❖ Con relación a los conflictos con la ley, la Policía Nacional refiere en el período de 1993 a agosto de 1999, un total de 204,609 detenidos de ellos el 8.6% son menores de 18 años.
- ❖ La Encuesta Nacional de Hogares sobre medición de niveles de vida de 1998, de INEC, revela que los adolescentes de 13 a 24 años concentran el 32.4% de la población económicamente activa (PEA). Los niños y adolescentes de 10 a 14 años que trabajan, llegan alrededor de 160,000. Si se toma en cuenta que hay niños menores de 10 años que trabajan y el subregistro que hay en el país, se deduce que más de 300,000 niños, niñas y adolescentes trabajan con un promedio de 6 a 12 horas de seis a siete días por semana. ⁽²⁶⁾

Otro trabajo, es el de la *"Situación de la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes del Área 3.2 de Managua realizado de Enero – Abril del 2000."* Entre sus principales resultados se encuentran los siguientes:

- ☐ Un alto porcentaje de adolescentes reconocen el período fértil en la mujer y que en el caso de presentarse un embarazo, éste constituye un riesgo para la adolescente.
- ☐ No reconocen la necesidad del uso de métodos anticonceptivos, encontrándose una baja prevalencia del uso de los mismos, tanto en la primera relación sexual como en la actualidad.
- ☐ La existencia de un embarazo durante la adolescencia fue más frecuente entre las edades de 15 – 19 años, con una baja frecuencia de complicaciones. Dicho embarazo fue rechazado por la mayoría de las adolescentes, recurriendo en algunas ocasiones al aborto con complicaciones mínimas.
- ☐ Se reconocen diferentes prácticas de sexo seguro como medidas de protección para prevenir las ETS/VIH/SIDA. La sintomatología de algunas ETS predominaron en el sexo femenino, reflejando su vulnerabilidad biológica y social.

- Un mínimo porcentaje revelaron haber sido víctimas de abuso y violación. Los autores identificados fueron familiares en el caso del abuso y el novio o amigo en la violación.

En el I trimestre del año 2005, se llevó a cabo un estudio sobre Conocimientos, creencias y prácticas que tienen adolescentes del distrito IV y VI de Managua y del municipio de Tipitapa, con respecto a su salud sexual y reproductiva, encontrándose principalmente lo siguiente:

- Tienen un pobre conocimiento sobre su ciclo reproductivo lo que no les ha permitido llegar a comprender bien el funcionamiento de la anticoncepción, sus diferentes métodos, efectos adversos, medidas a seguir, exponiéndoles una toma de decisiones apresurada e incorrecta para la anticoncepción o bien conducirlos a tomar medidas riesgosas y poco efectivas que conllevan a un inminente daño a su salud.
- Las infecciones transmitidas sexualmente son conocidas por sus nombres científicos. El VIH-SIDA fue la enfermedad transmitida sexualmente más conocida, sin embargo, hay conceptos erróneos en relación a los mecanismos de transmisión.
- En lo que respecta a los roles genéricos parece iniciarse un proceso de reprogramación en dichas relaciones genéricas, enrumbándose hacia la equidad.
- Menos de un tercio de los y las adolescentes habían iniciado sus relaciones sexuales, su inicio estuvo entre los 15 y 19 años, el predominio fue en los varones, inclusive en edades infantiles (<10 años). El sexo seguro no parece ser una constante en los/las adolescentes que han iniciado relaciones sexuales. Tanto el condón como los distintos métodos anticonceptivos no están involucrados en la práctica sistemática de las relaciones sexuales.
- Los servicios de salud son inaccesibles para adolescentes, incluyendo el Control Prenatal, debido principalmente a barreras económicas, culturales, y de calidad de los servicios de salud, siendo más marcado en los establecimientos públicos.

III. JUSTIFICACION

Se reconoce que la Situación de los/las adolescentes es cada vez más compleja. Los/as adolescentes representan un número cada vez más importante de la población de América Latina y el Caribe: aproximadamente 160 millones en el año 2000. El porcentaje de la población por debajo de los 15 años varía del 28% en Uruguay al 48% en Honduras; y la población de mujeres entre 15 y 19 años es de aproximadamente 23 millones, lo que corresponde al 25% de las mujeres en edad reproductiva. El mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes se concentra en zonas urbanas y en los países con mayores necesidades y menos desarrollo económico de la Región. ⁽⁷⁾

El incremento de la urbanización ⁽⁸⁾, pauperización e inequidad que ha vivido la Región en la última década aumentó considerablemente la vulnerabilidad de los/as adolescentes y jóvenes. La cultura urbana de la desigualdad se asocia al crecimiento de la violencia social e intrafamiliar, el tráfico de drogas, el trabajo infantil, la desocupación de los jóvenes y de los jefes de hogar, nuevos modelos de familia, muchos de ellos con jefe de hogar mujer, sumado a antiguos estereotipos de género y la ruptura de lazos sociales solidarios. A su vez, durante la adolescencia se incrementan las necesidades de experimentación del entorno, aparecen conductas de riesgo que pueden comprometer aún más su salud y desarrollo. Tal es el caso del consumo de tabaco, alcohol y drogas, las relaciones sexuales sin protección, lo que sumado a las situaciones de abuso físico y sexual resultan con frecuencia no sólo embarazos no deseados sino también infecciones de transmisión sexual y VIH. ⁽¹²⁾

El peso de los/as adolescentes en la población general y el aumento de riesgo y vulnerabilidad social que presenta la cultura de comienzo de siglo para ellos/as, genera a los servicios de salud la necesidad de abrir espacios de intervención preventiva y clínica de calidad que contemple las necesidades de este grupo a partir de sus principales problemas. ⁽⁶⁾

Dado el impacto que estos problemas cobran sobre los servicios de salud, diferentes instancias consideran a los/las adolescentes como uno de los grupos priorizados a quienes se les debe destinar programas de información y educación con el fin de prevenir estas situaciones y lograr a largo plazo estilos de vida saludables.

Por lo tanto, la presente investigación dirigida a los/las adolescentes del área urbana de Siuna, permitirá realizar una línea de base sobre la situación de salud de

este grupo etáreo en particular de la salud sexual y reproductiva, con la finalidad de definir a nivel local cual es el comportamiento que en materia de salud, sexualidad y reproducción están teniendo los adolescentes, permitiendo de tal forma, orientar las tareas de los servicios de salud desde el marco de la prevención, incluyendo en su abordaje, el enfoque de protección, vulnerabilidad y riesgo.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Adolescencia es una etapa en el proceso de crecimiento y desarrollo de las personas con particularidades propias. Estas particularidades definen necesidades e intereses específicos para las personas que la viven. Ser mujer u hombre adolescente impone condiciones diferentes que influyen en el desarrollo de la identidad de cada una de ellas, así como su percepción de la experiencia de ser adolescentes y las oportunidades para consolidar un proyecto de vida. ⁽²⁶⁾

En los últimos años los adolescentes han sido afectados por problemas sociales, educacionales, salud, violencia, integración de pandillas etc. La principal causa: la pobreza en que viven. Pero, además de la pobreza, existen otros factores que inciden en que los adolescentes están en riesgo como son: el maltrato familiar, particularmente de los padres a los hijos/as o del padre a la esposa; el alcoholismo y la drogadicción de los padres o familiares; la desintegración familiar; la falta de espacios donde los jóvenes puedan recrearse sanamente; la falta de empleos y la falta de escolaridad. ⁽²⁷⁾

La insuficiente resolución de los desafíos que se presentan a esta edad, vulnera los derechos juveniles, genera una condición de riesgo y exclusión social para la adolescencia y lleva al deterioro de su capital social y humano, con el consiguiente debilitamiento del desarrollo de las sociedades. ⁽²⁶⁾

En base a lo anterior, se ha decidido plantear el siguiente problema de estudio:

Cuál es la situación de salud de los/las adolescentes del área urbana del Municipio de Siuna, Atlántico Norte, Agosto - Noviembre 2006?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar desde la perspectiva de género, la Situación de Salud de los y las adolescentes del sector urbano del Municipio de Siuna, Región Atlántico Norte, Agosto - Noviembre 2006.

Objetivos Específicos:

1. Describir las condiciones socioeconómicas, las características conductuales y el estado de salud de las/los adolescentes.
2. Caracterizar el comportamiento sexual de los y las adolescentes.
3. Determinar la situación de la salud reproductiva de las y los adolescentes
4. Identificar las necesidades insatisfechas que en materia de salud tienen los y las adolescentes, así como el acceso y el uso de los servicios de salud

VI. MARCO DE REFERENCIA

1. Generalidades

La adolescencia, etapa que sucede a la niñez y se extiende hasta la edad adulta, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y cognitivos. Es una etapa compleja de la vida que presenta una serie de problemas importantes a resolver, los que deben ser correctamente encarados para llegar a una adultez normal. ⁽³¹⁾

Es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital, así como definir una diferencia real entre adolescencia y juventud. Arbitrariamente, de acuerdo a preceptos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, se acepta que la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales (10 a 14 años), y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológicos (15 a 19 años). ⁽²⁸⁾

La adolescencia es un período de rápidos cambios y de difíciles empresas, el desarrollo físico es solo una parte de este proceso por que los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, fomento de las capacidades individuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básicas entre algunas. ⁽¹³⁾

Pero a la vez el adolescente se encara con una compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe definir su sexualidad, adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo como participar en las diferentes clases de actividad sexual, descubriendo las diferentes maneras de identificar el amor y asimilando los conocimientos necesarios para impedir que se produzca un embarazo no deseado. No es extraño que el adolescente sea víctima de conflicto, descontento y desconcierto. ⁽¹³⁾

Debido al hecho de que los índices de mortalidad de los adolescentes y jóvenes no son muy elevados, sus problemas de salud han sido tradicionalmente ignorados o se les ha prestado insuficiente atención. Hoy en día, sin embargo, los cambios marcados en las condiciones socioeconómicas y culturales en todo el mundo y el impacto que esos cambios han tenido sobre la salud, el desarrollo físico y psicológico y la calidad de vida de los adolescentes hacen que se les preste mayor atención. ⁽³¹⁾

Varios estudios sobre la manifestación de problemas en la adolescencia han demostrado que hay varios factores esenciales relacionados y que surgen de las mismas condiciones básicas una y otra vez. ⁽³²⁾

En el Plan de Acción Regional para la Salud y el Desarrollo de los adolescentes, 1998 - 2001, se propone un marco conceptual que coloca el desarrollo de los adolescentes dentro del contexto de la familia y el medio ambiente. Este enfoque integral se basa en la opinión de que el fomento del desarrollo sano de los adolescentes exige intervenciones intersectoriales en los campos de la salud, la educación, el empleo y el desarrollo económico. ⁽³²⁾

2. Aspectos Demográficos

De acuerdo con los datos revelados por la estimación hecha en 1982 por las Naciones Unidas, había en 1985 más de mil millones de jóvenes entre 10 y 19 años en el mundo (506 millones eran mujeres). El 83% vivía en países en vías de desarrollo, donde constituye el 23 - 25.6 % de la población total. En los países desarrollados son el 15% de toda la población. ⁽²⁹⁾

Se estima que el número de los adolescentes en la mayoría de los países de las Américas ha experimentado incrementos notables en los últimos decenios. Así, el número de adolescentes entre 10 y 19 años de edad en los 30 países más grandes de las Américas (incluyendo Canadá y los Estados Unidos de América) se incrementó de 80 millones a comienzos de la década de los sesenta a 133,5 millones en 1990. Mientras el número total de adolescentes de 10 a 19 años disminuyó levemente entre 1960 y 1990 en el Canadá y en los Estados Unidos, en el resto del Continente aumentó en un 138 % en ese mismo período (de 40,1 a 95,7 millones). ⁽¹⁾

En 1996, los adolescentes de América Latina y el Caribe representaban 21% de la población total; un análisis de la estructura demográfica mostró que la edad media en la mayoría de los países era de menos de 20 años. ⁽³²⁾

En total los adolescentes entre los 10 y 19 años de edad representan alrededor de una quinta parte del total de la población de las Américas; en el Canadá y en los Estados Unidos, sin embargo, donde la tasa de fecundidad ha estado en descenso desde finales de la década de los cincuenta, los adolescentes de ese grupo etario son sólo una séptima parte de la población total. En términos generales, la población rural en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe es más joven que la población urbana, porque las tasas de natalidad son más elevadas en las zonas rurales. ⁽³²⁾

Según las Naciones Unidas para el año 2,020 el número total de adolescente estará sobre los 1,300 millones, lo que representa un aumento del 27% en estos 35 años. Un indicador más importante de fecundidad potencial es el aumento en cifras absolutas de mujeres en edad Reproductiva temprana, con un leve descenso en los países desarrollados y un marcado ascenso en los subdesarrollados. ⁽¹³⁾

Entre los cambios demográficos más marcados de las últimas décadas en la Región de las Américas está el significativo aumento de la población y el incremento notable de la urbanización. Este último fenómeno, debido en parte al proceso de migración interna desde las áreas rurales. ⁽³¹⁾

La migración de los jóvenes desde las zonas rurales, y desde los municipios y ciudades pequeñas hacia las grandes ciudades no se origina solamente en un aumento de las posibilidades de trabajo. En muchos casos es el resultado de la desesperanza e imposibilidad de progreso en las zonas rurales de donde provienen, así como de las nociones – no siempre acertadas – sobre la existencia de una mejor calidad de vida en las zonas urbanas. Las áreas urbanas y periurbanas se nutren así de grupos de jóvenes de bajo ingresos, que entran a formar parte de barrios marginales caracterizados muchas veces por la falta de servicios médicos y sociales, la insuficiencia de viviendas y el inadecuado saneamiento ambiental. Estas situaciones crean condiciones nocivas para la salud física y mental de los adolescentes. ⁽³¹⁾

En Nicaragua, de acuerdo a ENDESA-98, la distribución porcentual de los adolescentes del grupo de edad de 10-14 años es de 14.7% para el sexo masculino y del 13.6% para el sexo femenino, totalizando 14.1% para ambos grupos. Para el grupo de edad de 15 a 19 años el sexo masculino esta constituido por un 11.9% y el sexo femenino por 11.4% totalizando en ambos grupos 11.7% por lo que los adolescentes constituirían un 25.8% de la población Nicaragüense. ⁽²²⁾

ENDESA 2001, refiere que los adolescentes entre 10 – 14 años representan el 14.2% mientras que las adolescentes constituyen el 13.5%, totalizando un 13.8% para ambos grupos. Con respecto al grupo de 15 – 19 años, el 12.8% pertenece al sexo masculino y el 11.9% al sexo femenino, totalizando un 12.3%. Estos datos no revelan mayores variaciones con respecto a ENDESA 98. ⁽²²⁾

3. Necesidades Educativas

Desde el punto de vista educacional se podría dividir a los adolescentes y jóvenes de las Américas en tres grupos distintos:

Aunque la educación es un derecho humano fundamental, ésta sigue representando una inequidad en las relaciones de Género. Es así como en 1990 había 81 millones de niñas sin acceso a la escuela primaria. Las labores domésticas pesadas y el trabajo infantil forzoso llevan a un bajo rendimiento en los estudios, a abandono en las escuelas y a un porcentaje más bajo de niñas enroladas en la escuela secundaria. ⁽¹³⁾

Se ha observado que a mayor escolaridad (5 a 6 años de educación) aumenta la edad en que tienen su primer hijo, el 50% de las mujeres sin escolaridad tienen su primer hijo antes de los 20 años, mientras que se extiende hasta más de 23 años en el caso de las mujeres con educación secundaria. Así mismo se encuentra un mayor número de embarazos no deseados con una menor prevalencia en el uso de anticonceptivos, el cual es sistemáticamente menor en las mujeres con menor escolaridad. ⁽¹³⁾

Numerosas investigaciones revelan que la educación influye de modo muy importante en las decisiones de las mujeres respecto a la edad en que se casan, el uso de anticonceptivos, el tamaño de la familia, el aumento de la confianza en sí mismas y una mejor autoestima y status social, es por lo tanto considerado el factor social más importante que incide en la fecundidad de las mujeres y particularmente de las adolescentes. ⁽¹³⁾

El nivel de educación identificado en las mujeres por la encuesta de ENDESA 98 encuentra que el 7.8% de los adolescentes no tenían ningún nivel de educación, el 11.8% con un nivel de primaria incompleta (primero-tercer grado), el 29.6% con un nivel de primaria completa (cuarto-sexto grado). El 48.3% con un nivel de secundaria, solo el 2.5 % con un nivel educativo superior. ⁽²²⁾

Con relación a la educación del sexo masculino el 7.4% no tenían ningún nivel de educación, el 12.2% con un nivel de primaria incompleta (primero-tercer grado), el 31.8% con un nivel de primaria completa. El 47% con un nivel de secundaria y solo el 1.6% con un nivel educativo superior. En esta encuesta no se abordaron datos de escolaridad en los grupos de edad de 10 a 14 años. ⁽²²⁾

En Nicaragua, se ha establecido una clara relación entre el nivel de educación y la fecundidad. Las adolescentes sin educación tienen una fecundidad 6 veces mayor que la de aquellas con educación superior y casi 5 veces mayor cuando no llegaron a cuarto grado de primaria (INEC 1999). Esta dato se hace más relevante aún si se toma en cuenta que en Nicaragua el 63.3% de la población menor de 25 años solamente alcanza algún grado de primaria (FIDEG, 1998). ⁽²⁶⁾

ENDESA 2001 revela que en la población nicaragüense con edades entre los 10 - 14 años se encuentra un 13.7% que no sabe leer ni escribir y de los que se encuentran entre los 15 - 19 años hay un 11%. Esto muestra variantes según departamentos, observándose los mayores porcentajes de analfabetismo en Jinotega, RAAN, RAAS y Río San Juan.

Nivel de Escolaridad de Adolescentes

Edad	Sexo	Nivel de escolaridad				
		Sin escolaridad	Primaria 1 - 3	Primaria 4 - 6	Secundaria	Universitario
10 - 14	Masc.	15.6	38.6	39.5	6.3	
	Fem.	10.2	34.6	45.7	9.4	0.1
15 - 19	Masc.	11.7	16.3	31.6	38.4	1.8
	Fem.	7.6	10.9	29.0	49.6	2.9

Fuente: Nicaragua ENDESA 2001

Lo anterior evidencia una mejoría significativa en el nivel de escolaridad de las mujeres con respecto a los hombres cuya importancia radica en los diferenciales de la fecundidad. ENDESA 2001, revela que los hijos de las mujeres sin educación (5.2) superan en un hijo al promedio de las mujeres con 1 - 3 años de instrucción (4.2), y la fecundidad de estas mujeres es superior en casi un hijo de las que tienen 4 - 6 años de instrucción (3.3). Se reduce la diferencia entre éstas y las que tienen secundaria (2.5) y entre éstas y las mujeres con educación superior (1.7) ⁽²²⁾.

4. Necesidades Ocupacionales

Dentro de las necesidades de los adolescentes ligadas a sus posibilidades educativas están los problemas relacionados con las oportunidades y condiciones de empleo. La adolescencia es el período durante el cual se entra en contacto con el mundo del trabajo, tratan de determinar su orientación vocacional, investigan las posibilidades ocupacionales y comienzan a formar parte de la fuerza laboral. ⁽³¹⁾

En América Latina y el Caribe, los adolescentes de 15 a 19 años constituyen entre 40% y 50% de la población económicamente activa y el porcentaje de hombres es dos veces mayor que el de mujeres. Sin embargo, hace poco se registró un aumento del porcentaje de mujeres en la fuerza laboral, sobre todo en las zonas urbanas. ⁽³²⁾



Las tasas correspondientes a adolescentes de 15 a 17 años tienen un aumento sorprendente y algunos países indican que los jóvenes indigentes del sector urbano que trabajan constituyen entre un cuarto y la mitad de este grupo de población. Se estima que cerca de 10 millones de niños menores de 14 años trabajan ilegalmente en América Latina y el Caribe, sin prestaciones de seguro social, con bajos salarios y en condiciones peligrosas. ⁽³²⁾

En la Región de las Américas, la crisis económica de los años 80, la cual a comienzos de la década de los años noventa tiene atisbos de superación, ha afectado especialmente a los jóvenes y adolescentes debido a la marcada contracción del mercado de trabajo, así como a la mayor demanda resultante de las migraciones internas y de la deserción escolar. Uno de los grandes problemas de la juventud latinoamericana es la falta de oportunidades laborales. El desempleo abierto, que puede alcanzar al 15% o más de la población, es particularmente notable en los jóvenes de ambos sexos en las zonas urbanas. ⁽⁹⁾

Recientemente se ha observado que las tasas de desempleo de los jóvenes en toda la Región varían de 36% a 66%. A pesar de las mejoras educativas verificadas en la Región en los últimos 30 años, los jóvenes siguen estando mal preparados para competir en un mercado de trabajo cada vez más globalizado. ⁽³²⁾

Los problemas de desempleo en los adolescentes y jóvenes presentan las siguientes características:

- Afectan más a los jóvenes de estratos económicos más bajos, o a aquellos que pertenecen a grupos étnicos minoritarios.
- Contribuyen a aumentar la patología social
- Actúan como circunstancia facilitante de las relaciones sexuales prematuras, que pueden conducir al embarazo temprano y a las enfermedades de transmisión sexual.
- Tienen un impacto no solo económico sino también social, ya que afectan la adaptación social y la salud mental de los adolescentes. ⁽⁹⁾

Tan crítico como el desempleo es el subempleo de jóvenes y adolescentes. La participación de los mismos en trabajos sin perspectivas de progreso o en ocupaciones circunstanciales sin posibilidades de una carrera estable, contribuye a mantener o prolongar situaciones de desesperanza y de pobreza crítica. Estas situaciones afectan preferencialmente a la juventud de áreas marginales, de poca educación y de bajos ingresos. El impacto negativo de estas situaciones sobre la salud mental y el desarrollo social de los adolescentes es indudable. Así, se ha

mismos, sin embargo, no hace sino agravar esos problemas, dando lugar a cuadros patológicos y a conductas antisociales o autodestructivas. ⁽³¹⁾

En este grupo de problemas se incluyen el abuso del alcohol, del cigarrillo y de las drogas, tales como la marihuana, la cocaína, los narcóticos (opio, heroína, morfina y codeína) y las drogas alucinógenas. Aún cuando el abuso del alcohol, el cigarrillo y las drogas no son fenómenos nuevos, han ido en marcado aumento en los últimos años. Además está ocurriendo a edades cada vez más tempranas. ⁽³¹⁾

El consumo excesivo del alcohol facilita el abuso de otras drogas, y provoca problemas no solo entre quienes lo consumen. Se ha demostrado repetidamente que entre un 45% y un 60% de los accidentes automovilísticos fatales provocados por conductores adolescentes están relacionados con el abuso del alcohol por parte de los mismos. Los hijos de adolescentes alcohólicas pueden presentar el “síndrome de la embriopatía alcohólica”, caracterizado por el bajo peso al nacer, el retardo del crecimiento, la microcefalia y otros trastornos físicos y mentales. ⁽³¹⁾

Las razones por las cuales los adolescentes abusan del alcohol tienen que ver con la característica del mismo de disminuir la ansiedad, el temor y otras fuentes de tensión. ⁽³¹⁾

El hábito de fumar no solo perjudica la salud del adolescente, sino que en las adolescentes embarazadas aumenta el riesgo de dar a luz a hijos de bajo peso al nacer. Aún cuando en algunos países industrializados este hábito ha manifestado un cierto descenso, no ocurre lo mismo en los países en desarrollo, donde su consumo sigue en aumento, notándose también su mayor uso entre las mujeres. ⁽³¹⁾

En los últimos tiempos se han observado algunas nuevas tendencias relacionadas con el abuso de drogas; entre ellas están la extensión geográfica de su uso, su empleo no solo por los jóvenes de grupos minoritarios y de escasos recursos económicos, sino también por los adolescentes de las clases medias y altas, y la tendencia al consumo de múltiples drogas por una misma persona. Esta última circunstancia da como resultado la potenciación de sus efectos y el aumento de su peligrosidad. ⁽³¹⁾

En Nicaragua se ha observado que los y las adolescentes están iniciando a edades más tempranas el consumo del cigarrillo y del licor. No importa el medio social del que provienen. El patrón de consumo es el mismo, lo que varía es la marca del tabaco y del licor. ⁽²⁶⁾

En cuanto al uso de drogas, lo más visible es el uso de inhalantes en los niños que viven en las calles, sin embargo, la magnitud del tráfico y consumo de drogas en

diferentes medios sociales se ha incrementado. La marihuana, la cocaína y el crack son las drogas de mayor circulación. ⁽²⁶⁾

Según datos de ENDESA 2001, en cuanto al uso del tabaco en el grupo femenino de 15 a 19 años el 2.6% fuma cigarrillos y 92.3% no fuma cigarrillos, según datos que revela ENDESA 2001, solo se ha realizado una encuesta de prevalencia del habito de fumar en el año 1989 en trabajadores jóvenes, de estos encuestados el 51% de los hombres y el 16% de las mujeres reporto como fumadores. ⁽²²⁾

6. Situación de Salud de los y las Adolescentes

La salud de los adolescentes es el resultado no solo de factores biológicos, sino que también responde a factores ambientales, económicos y sociales, tales como:

- ☐ La influencia de la extrema pobreza y de condiciones deficientes ambientales y de saneamiento.
- ☐ Un medio familiar desfavorable (familias disfuncionales, alcoholismo o adicción a drogas de los padres o de otros miembros de la familia, criminalidad)
- ☐ Situaciones resultantes del desempleo o del subempleo, ya sea porque los trabajos existentes no los atraen o porque simplemente no existen en cantidad suficiente en el medio en que actúan.
- ☐ Los resultantes del crecimiento demográfico, que en los países en desarrollo están unidos a problemas de nutrición inadecuada, aglomeración familiar, comienzo prematuro del ciclo reproductivo y otras circunstancias estresantes.
- ☐ Los relacionados con los procesos de migración hacia las ciudades, donde las nuevas circunstancias de vida proveen un cambio de escenario de los problemas y no necesariamente su eliminación efectiva.
- ☐ Los que resultan de la confrontación entre los nuevos valores adquiridos por la juventud y los valores familiares tradicionales. ⁽³¹⁾

La influencia de estos factores en el desarrollo y crecimiento de los adolescentes dentro de una misma sociedad varía notablemente según la clase social a la que pertenecen. ⁽³¹⁾

6.1 Morbilidad:

Aún cuando las enfermedades se presentan con una incidencia diferente en los distintos países, las principales causas de enfermedad en los adolescentes son los accidentes, las afecciones ligadas al proceso reproductivo - incluidas las

infecciones venéreas – y los trastornos mentales. A ellas hay que agregar la desnutrición en los medios rurales pobres, que actúa como una causa predisponente o agravante de una amplia serie de enfermedades. ⁽³¹⁾

En las últimas décadas se ha observado un aumento notable de las enfermedades de transmisión sexual – algunas de las cuales conducen a la infertilidad – especialmente la gonorrea, que es la enfermedad infecciosa reportable más común en la adolescencia. En los países desarrollados más de dos tercios de los casos de gonorrea ocurren en personas menores de 25 años. ⁽²⁸⁾

Otras enfermedades de transmisión sexual frecuentes en los adolescentes son la sífilis, las infecciones por clamidia y el herpes genital han alcanzado proporciones epidémicas en varios países de la Región. ⁽²⁸⁾

La presencia de algunas de estas infecciones en las adolescentes más jóvenes puede ser una indicación de incesto o de abuso sexual. ⁽³¹⁾

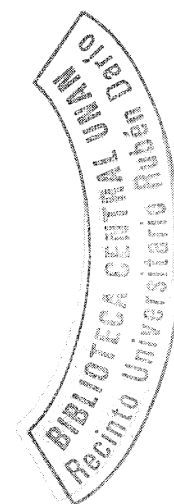
Otros problemas de salud que presentan los adolescentes incluyen los trastornos nutricionales, las alteraciones metabólicas y endocrinas, diversas dermatosis, problemas dentarios y enfermedades crónicas de distinta índole, como el asma, la epilepsia, las infecciones renales y los problemas musculoesqueléticos y neurosensoriales. ⁽³⁴⁾

En Nicaragua las primeras diez causas de morbilidad hospitalaria en adolescentes por grandes grupos de causas son:

- ➡ Embarazo, parto y puerperio
- ➡ Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas
- ➡ Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
- ➡ Enfermedades del sistema digestivo
- ➡ Enfermedades del sistema genitourinario
- ➡ Enfermedades del sistema respiratorio
- ➡ Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- ➡ Tumores
- ➡ Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
- ➡ Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio ⁽²⁶⁾

El 62% de los egresos hospitalarios en adolescentes registrados por el Ministerio de Salud son causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio, figurando entre las principales causas de admisión y egresos hospitalarios en todo el país, reportándose para 2005 los siguientes casos:

Admisión y egresos del país			
Causas	10 - 14	15 - 19	Total
Embarazos terminados en aborto	67	1,499	1,566
Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	51	1,391	1442
Infecciones de vías genitourinarias en el embarazo	39	861	900
Placenta previa, desprendimiento prematuro y hemorragia antiparto	113	2,502	2,615
Partos	444	16,475	16,919
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	75	2,120	2,195
Total	789 (3%)	24,848 (97%)	25,637 (100%)



Fuente: División de Estadísticas del MINSA, 2005.

Aún cuando la mayoría de los egresos hospitalarios son femeninos, secundarios a la atención de eventos relacionados al embarazo, parto y puerperio, el comportamiento de la morbilidad por causas ajenas a la maternidad es similar para varones y mujeres adolescentes. ⁽²⁶⁾

Primeras cinco causas de morbilidad hospitalaria en adolescentes varones y mujeres 2005

Adolescentes varones	Adolescentes mujeres
1. Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas.	1. Embarazo, parto y puerperio
2. Ciertas enfermedades infecciosa y parasitarias	2. Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas
3. Enfermedades del sistema digestivo	3. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
4. Enfermedades del sistema respiratorio	4. Enfermedades del sistema digestivo
5. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	5. Enfermedades del sistema genitourinario

Fuente: División de Estadística del MINSA, 2005.

6.2 Mortalidad:

Los adolescentes presentan una baja mortalidad general, que oscila entre el 1% del total de las muertes en los Estados Unidos y el 3,7% en México. Los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes varían de los que ocurren a edades más tempranas, y están caracterizados por una mayor proporción de problemas psicológicos y psicosomáticos comparados con los de origen orgánico. ^(30, 34)

Aún cuando hay ciertas diferencias entre las causas de mortalidad entre los 10 y 14 años comparadas con las de entre 15 y 24 años, las principales causas de mortalidad en ambos grupos incluyen los accidentes, homicidios, infecciones, complicaciones del proceso reproductivo, tumores malignos y enfermedades cardiovasculares, con un orden de prevalencia distinto en los diferentes países de la Región. ⁽³¹⁾

Un porcentaje importante de las muertes entre los 10 y los 19 años se debe a los accidentes de distinto tipo, los que están relacionados con el comportamiento altamente riesgoso de los adolescentes. La mayoría de estos pueden evitarse, especialmente los que están asociados con el abuso del alcohol, las drogas o ambos, así como los accidentes de tránsito. Se calcula que por cada joven que muere por accidente, hay 15 heridos graves y 30 ó 40 heridos leves. ⁽⁴⁾

Otro factor causal de mortalidad importante en la adolescencia son los suicidios. Algunas teorías actuales proponen que tanto factores biológicos como características de la personalidad de los adolescentes los predisponen al suicidio. La presencia de factores de riesgo junto con situaciones de estrés aumenta la probabilidad de suicidio. Entre esos factores de riesgo están los problemas psiquiátricos serios, la adicción a drogas o alcohol, los intentos anteriores de suicidio, las situaciones familiares traumáticas, los antecedentes de suicidio en la familia y el incremento de las demandas impuestas por la sociedad. Las causas desencadenantes son aquellas para las cuales los adolescentes no han desarrollado mecanismos de resolución adecuados o los han agotado. ⁽³¹⁾

Aparte de las muertes por accidentes y violencias, las debidas a complicaciones del embarazo, parto y del puerperio figuran entre las principales causas de mortalidad en las adolescentes de la mayoría de países de la Región. Una proporción importante de ellas está causada por el aborto, especialmente el aborto clandestino llevado a cabo por gente inexperta, sin las precauciones adecuadas y cuando tiene lugar después del primer trimestre de embarazo, cuando los riesgos aumentan en forma significativa. Las adolescentes más vulnerables al aborto clandestino son las más pobres y con menor grado de educación, quienes se presentan a la consulta médica cuando ya es demasiado tarde para llevarlo a cabo sin mayor riesgo, o no se presentan. En este último caso, la muerte por aborto autoinducido es frecuentemente la consecuencia. ⁽³¹⁾

En Nicaragua, la primera causa de mortalidad en adolescentes del país son los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas. Se reporta que casi una de cada 10 intoxicaciones por plaguicidas ocurre en menores de 15 años de ambos sexos. Situación alarmante si se toma en cuenta que casi un 20% de la población adolescente ocupada trabaja en labores agrícolas. ⁽²⁶⁾

Causas externas de mortalidad en adolescentes 2005

Varones	Mujeres
1. Accidente de vehículo no especificado, intencionalmente con plaguicidas	1. Envenenamiento autoinfligido, otros productos no especificados
2. Ahogamiento y sumersión de intención no determinada	2. Accidentes de vehículo

Fuente: División de Estadísticas del MINSA, 2005.

En Nicaragua, al analizar los registros de suicidios de la Policía Nacional, se encuentran los siguientes datos:

- ➡ El 48.5% de los suicidios ocurridos en 1998 son de menores de 17 años, de éstos un 83.6% son varones y un 16.3% son mujeres.
- ➡ En el período enero / agosto de 1999, del total de personas que optaron por suicidarse, un 15% son menores de 17 años, varones en un 52% y 48% mujeres, observándose una clara tendencia al suicidio de muchachas.
- ➡ Del total de suicidios (367) ocurridos en el año 98 y parte del 99, el 34.6% son de menores de 17 años y corresponde un 77.9% a varones menores. ⁽²⁶⁾

7. Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes

7.1 Sexualidad:

El desarrollo de la identidad sexual es un componente importante de la identidad de los adolescentes. De todas las pautas de desarrollo, las relacionadas con la identidad sexual son quizás las más dramáticas y misteriosas para ellos. Esas pautas implican no solo la capacidad de funcionar sexualmente, sino la aparición de nuevos deseos, fantasías y sentimientos. ⁽³¹⁾

La sexualidad humana es un fenómeno complejo y que presenta una multiplicidad de facetas interconectadas. La sexualidad no comienza en la adolescencia, sino que es una continuación de fenómenos que se manifiestan desde la niñez. En la adolescencia, y potenciada por los cambios hormonales que ocurren en la pubertad, la sexualidad adquiere una nueva dimensión y comienza a ser parte fundamental del universo de los adolescentes. ⁽³¹⁾

7.2 Edad de iniciación de la actividad sexual:

Diversos factores contribuyen al actual inicio más temprano y al aumento de la actividad sexual en los adolescentes. Debe tenerse en cuenta que las relaciones sexuales de los adolescentes pueden responder no solo a deseos específicamente sexuales. También pueden ser una expresión de resentimiento y rebeldía contra sus padres, derivarse de la necesidad de reconocimiento o aprobación por parte de sus pares, responder a una necesidad de apoyo y cariño, o constituir una manifestación de necesidad de reafirmación de su identidad sexual. ⁽³¹⁾

A pesar de que los proveedores de salud que atienden a adolescentes fomentan el aplazamiento de la actividad sexual muchos comienzan su vida sexual en etapas

muy temprana y a menudo sin ningún tipo de anticoncepción. En el decenio de 1990, el 56% de las mujeres y el 73% de los varones manifestaban haber tenido relaciones sexuales antes de los 18 años de edad en comparación con el 35% de las mujeres y el 55% de varones al principio del decenio de 1970. ⁽²⁾

Cuanto más pronto se inicia la vida sexual es más probable que las personas tengan más parejas sexuales en su vida y un mayor número de parejas recientes (J. Adolesc. Health 1997; 20: 377) El preludio más evidente para que una adolescente se embarace es el inicio precoz de la relación sexual. Algunos de los principales factores de riesgo para que comiencen de forma precoz su actividad sexual son: situación socioeconómica baja, orientación deficiente hacia los logros para el futuro, dificultades académicas, escasas oportunidades y escuelas deficientes. (J. Adolesc Health.1993: 14:553). ⁽¹³⁾

La temprana iniciación de la actividad sexual de los adolescentes de ambos sexos es un fenómeno común en las Américas. En 1996, de 40 a 60% de los adolescentes de América del Norte eran sexualmente activos a los 16 años; en 1994, 40% de los adolescentes de El Salvador y el Brasil habían tenido relaciones sexuales a los 15 años. En 1996, se estimó que 50% de los adolescentes menores de 17 años eran sexualmente activos en América Latina. En los ocho países cubiertos en las encuestas de demografía y salud, entre 53% y 71% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales antes de los 20 años. ⁽³²⁾

El inicio de la actividad sexual antes de los 15 años muestra variaciones importantes, con porcentajes entre menos de 5% (Paraguay, 1990) y más de 15% (Nicaragua, 1992-93). Según ENDESA 98 en el grupo de mujeres de 15 a 19 años el porcentaje que tuvo su primera relación sexual antes de los 20 años fue de 12.2% para el sexo femenino y del 30.3% para el sexo masculino. ⁽²²⁾

En ENDESA 2001, en el grupo 15 a 19 años, el 10.9% ha tenido relaciones antes de cumplir los 15 años y el 65.1% nunca ha tenido relaciones sexuales resto no aplica.

7.3 Fecundidad en las adolescentes:

Las tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años varían en toda la Región y, pese a haberse reducido en general, siguen siendo sumamente altas. Los países con las tasa máximas son Nicaragua (149 por 1.000), Honduras (127), Guatemala (123), Belice (117), El Salvador (105) y Venezuela (101). Los países con las tasa mínimas son Chile (56 por 1.000), Uruguay (60), Trinidad y Tobago (60) y Perú (63). En general, los países centroamericanos tienen tasa de fecundidad mucho mayores (87 por 1000) que los del Caribe (78) o los países de América del Sur (75). ⁽³²⁾

Según proyecciones realizadas para el 2000 por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), señalan una tasa de fecundidad Adolescentes de 152 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, cifra superior a la registrada por la última encuesta demográfica realizada en 1998 la que indica una tasa de 130 por cada 1000. Sin embargo ambas cifras ubican a Nicaragua como el país de América latina con más alta tasa de fecundidad adolescente. ⁽²⁶⁾

ENDESA 2001, indica una tasa de 119 por cada 1000, lo que demuestra un ligero descenso de un 11% con respecto a datos de ENDESA 98. ⁽²²⁾

7.4 La importancia de la Educación Sexual:

De los países con información, Jamaica es el que presenta el mayor número de adolescentes que inician sus relaciones sexuales antes de los 18 años (61%); seguido por Nicaragua con un 49%, El Salvador con 48%. la República Dominicana con un 44%, Bolivia con un 39%, Perú con 38% y Colombia con un 36%. Esta alta proporción de adolescentes está enfrentando graves riesgos de salud, en las condiciones actuales de escasa o nula educación sexual, desinformación y falta de acceso a anticonceptivos, poca concientización sobre los costos personales, familiares y sociales de su situación. ⁽¹³⁾

La realidad antes señalada tiene costos e impactos de género desiguales para las jóvenes y/o adolescentes, que en los hombres adultos involucrados en el mismo. Para las adolescentes el embarazo significa comprometer sus posibilidades de desarrollo y crecimiento personal, así como poner en riesgo su salud física, psíquica y emocional. Esto derivado de tener que asumir, muchas veces sola, la responsabilidad y compromiso de por vida de la manutención y cuidado de un hijo, cuando aún no tienen las condiciones materiales, ni subjetivas para hacerlo. En el caso de las adolescentes pobres este hecho por lo general implica la transferencia de su condición de pobreza y subordinación genérica a sus hijas e hijos. Dándose así un reciclaje de las inequidades sociales y de género. ⁽¹³⁾

Como puede observarse, muchos jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales sin haber recibido información exacta acerca de la salud de su reproducción. Esta falta de información puede hacerles correr el riesgo de embarazos no planificados y de enfermedades de transmisión sexual (ETS). La educación relativa a la salud sexual puede ser un medio para ayudar a los jóvenes a prevenir esos problemas y mejorar su futura salud de la reproducción. ⁽²¹⁾

La buena educación sexual ayuda a los jóvenes a aclarar valores y evitar comportamientos de riesgo, la educación sexual que se da en algunos centros educativos como una educación formal adolece de una abordaje adecuado, indiscutiblemente la educación sexual debe de iniciarse en el hogar y la misma no debe ser solo información sino formación para llegar al cambio de actitudes; por que de la concepción que tengamos del sexo y de la sexualidad y de la educación sexual así va a ser nuestra conducta. ⁽¹³⁾

Al proporcionar educación sexual adecuada estos jóvenes inician una vida de seguridad y afecto, mejorando su calidad de vida, sin temores, desechando toda clase de mitos y tabúes, asumiendo así mismo una responsabilidad tanto en la vida adulta como en la vejez. Una educación sexual adecuada no es solamente hablar de los órganos reproductores sino que implica hablar de sexo, placer, órganos sexuales, excitación, masturbación. ⁽¹³⁾

En resumen, las formas concretas con que los adolescentes expresan su sexualidad los confronta actualmente con problemas tales como la amenaza de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que no tenían que enfrentar anteriormente, cuando los problemas se limitaban a otras enfermedades sexualmente transmisibles y a los embarazos precoces. Si estos se ponen en el contexto de los sentimientos de grandiosidad, invulnerabilidad y de pensamiento mágico que les impide ver las consecuencias de sus actos, se puede ver cómo algunas prácticas sexuales pueden convertirse en un factor de alto riesgo. ⁽³¹⁾

7.5 *Anticoncepción en la Adolescencia:*

Muy pocas jóvenes de 14 a 15 años a quienes se les interroga sobre su menstruación y sus antecedentes sexuales pedirán algún método anticonceptivo a menos que pueda hablar del tema en forma confidencial, a diferencia de los jóvenes de 18 a 19 años quienes buscan atención ginecológica y manejan el tema de la anticoncepción. ⁽³¹⁾

Si se dificulta el acceso a los servicios de planificación familiar y la presencia de los padres es obligatoria, aumentará el número de embarazos no deseados en lugar de disminuir el número de adolescentes con vida sexual activa, considerando que cada día más jóvenes son sexualmente activos en la adolescencia y que constituyen un problema de salud. ⁽³¹⁾

En muchos países más de la mitad tienen relaciones sexuales sin protección antes de los 16 años, los jóvenes, por lo general tienden a usar menos anticonceptivos en forma sistemática o correcta en comparación con los adultos, probablemente

tengan escaso conocimiento de la fisiología Reproductiva y de la anticoncepción, pero por lo común se resisten a formular preguntas, ignorando la importancia de la anticoncepción a su edad la que se hace necesaria para la prevención de un embarazo no planeado, sobre todo cuando no se disponen de servicios de abortos adecuados como respaldo de la anticoncepción, así como también para la protección de ETS/VIH/SIDA. ⁽¹³⁾

El intervalo que transcurre entre el primer coito y la visita a la clínica varía de dos semanas a varios años, con un intervalo promedio de 9 a 23 meses en los distintos estudios. En otros estudios este intervalo fue de 10.7 meses en el área urbana y de 10.9 en los suburbanos. El 57% de los adolescentes urbanos y 14% de los adolescentes suburbanos no habían utilizado ningún método antes de acudir a la clínica. Durante los primeros 6 meses de actividad sexual es frecuente que ocurra un embarazo, así que uno de los mayores desafíos es llegar a las adolescentes antes. ⁽¹¹⁾

En la región la mayoría de los países presentan una prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de las mujeres de más del 40%. Sin embargo hay grandes diferencias y brechas entre regiones al interior de los países, entre las mujeres y por sexo. Los casos de más baja prevalencia de uso de anticonceptivo en mujeres se encuentran en Haití, Guatemala, Nicaragua y Bolivia (10%, 23%, 27% y 30% respectivamente). Si se considera solamente la anticoncepción moderna, éstos porcentajes son del 23% para Nicaragua. ⁽¹³⁾

De manera general, el uso de anticonceptivos es sumamente bajo en este grupo de edad – las estimaciones muestran que solo 1 de 10 adolescentes solteros y sexualmente activos usan anticonceptivos – y, aunque estén bien informados al respecto, suelen tener la idea de que el riesgo personal que corren es mínimo. ⁽³²⁾

Las adolescentes solteras que llevan una vida sexual activa generalmente no están bien protegidas contra el embarazo no deseado. Se ha encontrado que menos del 10% de adolescentes usa un método anticonceptivo y entre las que los usan, estos son los menos eficaces (ritmo y coito interrumpido). ⁽¹⁾

En cuanto al acceso de las adolescentes solteras a métodos modernos de planificación familiar estas se encuentran definitivamente entre la población excluida. Las estimaciones de “necesidades insatisfechas” existentes presentan dos dificultades para las adolescentes: por una parte, solo abarcan a mujeres casadas en necesidad de procrear, otra parte no incorporan necesidades más amplias en materia de su Salud Reproductiva que también se encuentran insatisfechas por carencia de información, de servicio, de barrera jurídico administrativo, de

desaprobación social, de prejuicios del personal de salud, de incomodidad de las propias adolescentes, de resistencia de sus parejas o de costo (UNFPA, 97). ⁽¹³⁾

Muchos adolescentes sexualmente activos no utilizan actualmente ningún método de planificación de la familia. En países en desarrollo, sólo el 17 % de las mujeres casadas entre 15 y 19 años de edad utilizan anticonceptivos. ⁽¹³⁾

En Nicaragua, la mitad de las mujeres refieren iniciar su primera relación sexual durante la adolescencia, sin embargo en la última encuesta de demografía y salud solamente un poco más del 10% de las adolescentes refirieron utilizar anticonceptivos, aún las que se declaran unidas tienen un nivel de uso cercano al 40%. ⁽²⁶⁾

Según ENDESA 98 las adolescentes del grupo de 15 a 19 años que están actualmente unidas y que conocen al menos un método representan el 10.5% de un total de 8,045 mujeres unidas que conocían algún método de planificación familiar. ⁽²²⁾

Dentro de la prevalencia de uso de método se encontró que en el grupo de 15 a 19 años el 20.9% utiliza algún método, el 20.2% utiliza métodos modernos distribuidos de la siguiente manera: 16.2% píldoras, 4.2% DIU, 4.3% inyecciones, 4.4% condón, 0.1% esterilización femenina. Dentro de los métodos tradicionales el 2.4%, la abstinencia periódica 1.2% y el retiro 1.8%. ⁽²²⁾

Para el grupo masculino de 15 a 19 años el 42.4% utilizaban algún método de planificación, el 41.4% utilizaban métodos modernos distribuidos de la siguiente manera: 14.2% píldoras, 2.4% DIU, 5.4% inyectables, 0.9% diafragma, espuma o jalea y 35.6% condón. El 11.6% usaban métodos tradicionales, el 5.8% abstinencia periódica y el 8.5% retiro. ⁽²²⁾

Al analizar las necesidades y las demandas de servicios de planificación familiar para mujeres en unión se encuentra que las adolescentes son el grupo etáreo más insatisfecho. Una de cada cinco tiene necesidades insatisfechas en anticoncepción, dos veces más que las jóvenes y diez veces más que las mujeres entre 30 y 34 años. ⁽²⁶⁾

Algunas soluciones potenciales, son ofrecer programas educativos comunitarios, valerse del apoyo de las organizaciones religiosas, crear relaciones con grupos de jóvenes, abrir clínicas durante las noches y fines de semanas, atender a las adolescentes sin previa cita, así como establecer clínicas escolares o algún otro servicio vinculado a la escuela. Las adolescentes que han recibido educación sexual

son menos propensas a tener vida sexual activa y tienden más a utilizar preservativos. ⁽¹¹⁾

ENDESA 2001, investigó el conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres en unión de 15 a 19 años, revelando que el 97.7% conoce algún método de Planificación Familiar y este mismo porcentaje conoce por lo menos un método moderno.

En cuanto al uso refiriéndose a alguna vez, se encontró que un 15.6% ha usado las píldoras, 10.2% la Inyección, 6.7% el condón masculino, 4.2% el Retiro, 2.9% el Mela, 2.4% el DIU, 2% la Abstinencia periódica, 0.8% Anticoncepción de emergencia, entre otros.

Con respecto al uso actual, según datos de ENDESA 2001, la prevalencia de uso de algún método aumenta con la edad de la mujer, hasta alcanzar un 75% entre las mujeres casadas o unidas de 35 a 39 años hasta alcanzar 59% entre las mujeres de 45 a 49 años de edad. El uso de métodos modernos entre las mujeres en unión se ha incrementado significativamente entre las mujeres de 15 a 19 años de edad al pasar del 40 al 53% entre 1998 y 2001.

El 5.6% están usando actualmente Píldoras siendo el método más utilizado, 4.9% inyección, 1.5% DIU, 1.0% Condón, 0.8% MELA, 0.4% Abstinencia periódica, Retiro 0.3% y no usan el 85.4%.

Las mujeres en unión de 15 a 19 años son las que presentan mayor porcentaje de necesidades insatisfechas de Planificación familiar con 19.8% mostrando un porcentaje de demanda satisfecha de 73.6%. ⁽²²⁾

7.6 Embarazo en las Adolescentes:

Aproximadamente 15 millones de mujeres de 15 a 19 años dan a luz cada año, lo que representa 10% de todos los nacimientos del mundo. ⁽³²⁾

El embarazo en las adolescentes, cuyo número ha aumentado notablemente en épocas recientes, constituye una de las preocupaciones médicas más importantes relacionadas con la conducta sexual de los adolescentes. Una de las razones que explica el aumento de los embarazos en las adolescentes es el hecho de que el crecimiento de la población sexualmente activa no se ha acompañado del aumento en el uso de métodos anticonceptivos adecuados. Se calcula que cada año más de 3 millones de adolescentes latinoamericanas llevarán cabo un embarazo a término. ^(1, 32)

Para 1996, en América Latina y el Caribe los nacimientos de adolescentes equivalen a un tercio del total de nacimientos (Population Reference Bureau, 1996). Cada año millones de adolescentes en América Latina y el Caribe quedan embarazadas. A menudo los resultados son trágicos: niños abandonados, educación interrumpida, complicaciones médicas, aborto ilegal, muertes maternas y aún suicidios. Lo más frecuente es que el embarazo en una adolescente sea un embarazo no deseado. ⁽¹³⁾

Diversos estudios muestran que el porcentaje de mujeres que tuvo su primer hijo antes de los 18 años revela la fecundidad adolescente, variando en las encuestas mas recientes entre 14.1% en Brasil (1996) y 26.3% en el Salvador (1995). Costa Rica y Nicaragua muestran porcentajes superiores al 30% en 1992- 93. Las mujeres que tuvieron hijos antes de los 15 años representa menos del 5% en la casi totalidad de los países considerados. ⁽¹³⁾

En los datos sobre fecundidad, ENDESA 98 revelan en su distribución porcentual una tasa de fecundidad del 18% para el grupo etáreo de 15 a 19 años. ⁽²²⁾

Otro dato interesante de revelar es la relación existente entre procedencia y embarazo. Según el INEC 1999 en Nicaragua hay por cada dos adolescentes embarazadas en el área urbana, existen tres en igual condición en el área rural. ⁽²⁶⁾

Unido a los factores anteriormente mencionados, se ha visto que es menos probable que las adolescentes traten de obtener atención prenatal temprana y que con frecuencia no reconozcan los síntomas del embarazo o no desean admitirlos. Sin atención prenatal, las adolescentes pierden los beneficios de la orientación general y sobre nutrición que contribuye a un embarazo saludable. Esto es particularmente cierto en el caso de las muchachas más jóvenes y de aquellas que viven en la pobreza. ⁽¹³⁾

Enfermedad y muerte materna son más comunes entre madres adolescentes que entre las de 20 años. Ossafaky señala que la embarazada antes de los 15 años tienen un incremento de riesgo de muerte en un 60% mayor que a otras edades. Los cuerpos de las adolescentes específicamente la pelvis, frecuentemente no están completamente desarrolladas para el parto, por lo que las desproporciones céfalo - pélvicas desencadenan serias complicaciones durante el mismo. ⁽⁵⁾

En torno a esta problemática, hay numerosos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de embarazo en las adolescentes, entre las que se pueden mencionar:

- ☐ Proveniencia de un nivel socioeconómico bajo
- ☐ Inestabilidad y conflictos familiares
- ☐ Embarazo de una hermana cuando era adolescente

- ☐ Madre con historia embarazo adolescente
- ☐ Embarazo previo
- ☐ Enfermedad crónica de una de los pares
- ☐ Presiones de parte de sus padres
- ☐ Disminución del valor de la virginidad como prerequisite para el matrimonio
- ☐ Período vital de mucha dependencia emocional donde la adolescente, consciente o inconscientemente, desarrolla el deseo de embarazarse en ciertas situaciones de crisis
- ☐ Situación social carente de oportunidades reales de progreso
- ☐ Ignorancia de su propia fisiología y del uso correcto de métodos anticonceptivos
- ☐ Familia con poca comunicación entre padres e hijos, donde los problemas sexuales no se discuten o se discuten en forma distorsionada ⁽³¹⁾

Aunque en algunos casos el embarazo en las adolescentes puede llegar a término en condiciones que no alteran significativamente la calidad de vida de la embarazada, en la mayoría de los casos puede tener efectos devastadores porque:

- ☐ Conduce a una pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de sus padres, cuando ya creían que habían iniciado el camino hacia su independencia
- ☐ Produce una interrupción de sus relaciones grupales, porque generalmente se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o laborales. Las adolescentes dejan de crecer con sus pares y pierden así un elemento de apoyo afectivo muy importante en sus vidas
- ☐ Hay una demora de su desarrollo personal
- ☐ En la mayoría de los casos, el embarazo altera la relación afectiva con el padre de su hijo y con frecuencia señala el término de esa relación
- ☐ Si la adolescente se convierte en madre soltera, en la mayoría de los casos es estigmatizada no solo por su familia sino por su entorno social ⁽³¹⁾

Las consecuencias negativas del embarazo en las adolescentes se extienden también a sus compañeros, quienes asimismo experimentan mayor deserción escolar, trabajos con menores ingresos que sus pares, alta tasa de separación de su pareja y un aumento del estrés y de trastornos emocionales como consecuencia de la reacción negativa del medio que los rodea. ⁽³¹⁾

Los jóvenes menores de 19 años que son padres, tienen menos posibilidades de graduarse en la escuela y menos oportunidades de empleo que los varones que esperan hasta los 24 años. ^(5, 23)

Con respecto a los hijos de las adolescentes embarazadas, la prematurez, el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal y neonatal son mucho mayores en ellos que los nacidos de mujeres adultas. Además, los hijos de madres adolescentes presentan un riesgo más alto de abuso físico, de negligencia en su cuidado, de desnutrición y de retardo de su desarrollo físico y emocional. ⁽³¹⁾

7.7 Aborto en la Adolescencia:

Considerando que un gran número de los embarazos adolescentes son no planificados ni deseados, la recurrencia al aborto no es inhabitual. Según informes de Population Reference Bureau, cada año se producen por lo menos 2 millones de abortos inducidos y en malas condiciones en mujeres adolescentes. Por lo menos un 10% de todos los abortos que se realizan en el mundo ocurren en adolescentes de 15 a 19 años. ⁽¹⁷⁾

Tan solo en América Latina se estima que una de cada tres gestaciones termina en aborto y la tasa de abortos entre adolescentes solteras estaría creciendo. La recurrencia al aborto por parte de las adolescentes está directamente relacionada con la dificultad que éstas tienen de acceder a anticoncepción segura, ya que la disponibilidad de servicios de planificación familiar muchas veces se restringe a mujeres adultas y casadas. ⁽¹⁷⁾

Así mismo, la censura social que persiste sobre la actividad sexual de la gente joven, determina que las muchachas escondan su embarazo hasta etapas avanzadas, lo que hace que la práctica abortiva sea entonces más peligrosa. ⁽¹⁷⁾

En Nicaragua, en 1998 se registraron un total de 6,083 egresos por aborto en los hospitales del país de los cuales el 25.6% ocurrieron en adolescentes, sin embargo, no hubo defunciones en este grupo por aborto. ⁽²⁶⁾

7.8 Mortalidad Materna:

La mortalidad materna sigue siendo una de las principales causas de defunción de las mujeres adolescentes en los países en desarrollo, donde son comunes el aborto séptico y las complicaciones durante el parto. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo que tiene una adolescente en los países en América Latina es 50 veces mayor que el de su homóloga en los Estados Unidos. Las adolescentes menores de 20 años sufren más complicaciones del embarazo y el parto, como toxemia, anemia, parto prematuro, trabajo de parto prolongado, fístula vesicovaginal, traumatismo del cuello uterino y muerte, que tienen hijos a la edad de 20 años o más. ⁽³²⁾

En Nicaragua tres de cada 10 nacimientos son de madres adolescentes, de éstos un poco más de la cuarta parte ocurre fuera de las unidades de salud y aún cuando son atendidas en una unidad solamente un poco más de la mitad las atiende un médico general o especialista a pesar que estos embarazos son de alto riesgo obstétrico. Según registros estadísticos en un período de cinco años (1994 - 1998), ocurrieron 171 muertes maternas en adolescentes, cifra que equivale a un 23.85% del total de muertes registradas en el país en el mismo período. La tasa de mortalidad materna en adolescentes se ha estimado para 1998 en 90.2 por cada 100.000 nacidos vivos registrados. ⁽²⁶⁾

Además, el 67.3% de las adolescentes fallecidas en el país no tuvieron acceso al control prenatal aún cuando un embarazo a estas edades es de alto riesgo obstétrico. El 76.6% de las muertes maternas en adolescentes en el país son por causas obstétricas, así mismo se observa que el estado conyugal de las fallecidas mostró que estar acompañada o casada no disminuyó el riesgo de muerte materna en estas adolescentes. ⁽²⁶⁾

7.9 ETS/SIDA:

Diversos estudios revelan que uno de cada 20 jóvenes contrae una Enfermedad de Transmisión Sexual, las más altas tasas de Enfermedades de Transmisión Sexual se registran en el grupo de 20 a 24 años, seguida por el grupo de 15 a 19 años. En muchos países en desarrollo más del 60% de todos los nuevos casos de infección por el VIH se presentan en el grupo de 15 a 29 años. ⁽¹³⁾

Esta situación es particularmente crítica en las adolescentes debido a sus escasas condiciones para negociar las situaciones en que se dan las relaciones, por su condición subordinada, su limitada asertividad y autodeterminación para controlar y decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y reproducción y asegurar la protección contra el contagio de las ETS/SIDA, también esto se ve agravado por factores biológicos debido a que éstas exponen una mayor superficie de tejidos delicados en el contacto sexual, teniendo una mayor propensión a la morbilidad.⁽¹³⁾

Las Enfermedades de Transmisión Sexual que no se tratan ocasionan infertilidad, embarazo ectópico y dolores crónicos de la pelvis. Sin obviar las repercusiones de tipo emocional que van desde ser golpeadas, abandonadas o terminar en un divorcio. Afectan de manera igual la supervivencia y desarrollo del niño, muchos casos de aborto espontáneo y de mortinatos están relacionados con las Enfermedades de Transmisión Sexual, ya que pueden provocar ceguera, neumonía y retardo mental en el bebé. ⁽¹³⁾

En lo que respecta al Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), éste se ha convertido en una de las amenazas más serias a la salud de los adolescentes. Aún cuando el número de adolescentes que han desarrollado el SIDA todavía es proporcionalmente pequeño, el número de adolescentes infectados con el VIH está aumentando rápidamente. ⁽³¹⁾

Aquellos adolescentes que tienen problemas de conducta, que viven en zonas urbanas marginales y que tienen comportamientos riesgosos, como ser activos sexualmente con varias parejas y usar alcohol y drogas a edades tempranas, están más expuestos a contraer la infección por el VIH. ⁽³¹⁾

Para evitar la infección en los no infectados, se deberán tratar los problemas relacionados con el comportamiento riesgoso de los adolescentes, que incluyen no sólo sus prácticas sexuales, sino también problemas sociales, tales como la falta de hogar, la pobreza urbana, la falta de educación y los servicios de salud deficientes. ⁽³¹⁾

En Nicaragua, un poco más del 30% de los casos de enfermedades de transmisión sexual notificados al Ministerio de Salud en 1998 eran de adolescentes. Sin embargo en el caso del condiloma acuminado de cada 10 casos notificados 4 son adolescentes. ⁽²⁶⁾

A pesar que no se registra ningún caso de VIH/SIDA en adolescentes en 1998, si existe un acumulado hasta septiembre de 1999 de 6 casos de SIDA y 18 seropositivos en adolescentes entre 15 y 19 años. ⁽²⁶⁾

Las enfermedades de transmisión sexual notificadas con más frecuencia en adolescentes son la Gonorrea en primer lugar, el Condiloma Acuminado y la Sífilis adquirida. Se carece de registros de la tricomoniasis urogenitales, ni de las uretritis o cervicitis no gonocócicas. ⁽²⁶⁾

**Número de casos de Enfermedad de Transmisión Sexual
En Adolescentes Notificados en 2005**

Enfermedades	Total de casos
Chancro Blando	84
Condiloma Acuminado	412
Gonorrea	772
Linfogranuloma venéreo	20
Sífilis Adquirida	147
SIDA	0

Fuente: División de Estadísticas del MINSA, 2005

La distribución por sexo del total de casos notificados muestra una relación de 6:4, o sea que por cada 6 casos notificados en varones se registran 4 en mujeres. Con relación a los casos VIH/SIDA se observa una relación hombre - mujer de 1:1 en adolescentes, patrón de comportamiento distinto al de los otros grupos de edades. Esta dato muestra claramente un aumento del número de casos femeninos a edades más tempranas, lo cual permite inferir que aumentará también el número de casos de niños que contraerán el virus. ⁽²⁶⁾

Para el resto de enfermedades de transmisión sexual el número de casos registrados por sexo varía dependiendo del tipo de enfermedad. Si bien los casos de Chancro Blando, Gonorrea y Linfogranuloma Venéreo ocurren mayoritariamente en varones, el 70% de los casos de Condilomatosis se registran en mujeres, dato más relevante aún si se toma en cuenta que la infección por algunos tipos de virus de Papiloma Humano causante de la condilomatosis es un factor de riesgo para cáncer cervicouterino. En el caso de la sífilis adquirida la distribución es similar para ambos sexos. ⁽²⁶⁾

El contagio de enfermedades de transmisión sexual a edades tempranas coincide con un temprano inicio en la vida sexual, 38% de los varones y 14% de las mujeres inician su primera relación sexual antes de los 15 años (INEC 1999), situación que se agrava dada la falta de acceso independiente a servicios de información y atención en salud preventiva para estos adolescentes. ⁽²⁶⁾



ENDESA 1998 señala que aún cuando el 94% de las adolescentes y el 96% de los adolescentes conocen sobre SIDA, la información que tienen sobre éste no es suficiente lo que a su vez no ha sido razón suficiente para que los y las adolescentes realicen cambios en el comportamiento sexual. ⁽²⁶⁾

ENDESA 2001, Las subpoblaciones de mujeres en edad fértil que tienen menos conocimiento de formas de evitar la enfermedad residen en la RAAN o son las que no tienen instrucción (30%) o en la RAAS, Jinotega y Rio San Juan (alrededor del 20%) .

En el grupo de 15a 19 años el 91.3% ha oído hablar de VIH/SIDA, el 89.3% cree que existen formas de evitar el VIH/SIDA y el 70.8% cree que una persona saludable puede tener SIDA.

Las mujeres de 15 a 19 años son las que menos se han realizado la prueba del SIDA con un 2.1% y no se han hecho la prueba porque no conocen la fuente 42.4% por encima de el resto de grupos mujeres.

De las mujeres que han tenido relaciones sexuales en el grupo de 15 a 19 años el 0.1% refirió haber tenido una ITS, El 10.5% flujo vaginal y el 2.3 % refirió haber tenido llagas o granos en los genitales.

La búsqueda para el tratamiento, el 7.1 % realizó su búsqueda en Hospital/ Clínica o Médico privado, 7.3% tratamiento de cualquier fuente, 2.2% consejo o medicina de tienda o farmacia, 1.2% consejo de maigo o familiar, 0.6% curandero o sin consejo o tratamiento respectivamente.

En cuanto al número de parejas sexuales de las mujeres que no están en unión el 6.2% refirió tener una pareja sexual, 0.4% más de dos parejas sexuales y un 93% no tiene pareja sexual. ⁽²²⁾

7.10 Violación y Abuso Físico, Psicológico y Sexual:

El abuso físico, psicológico y sexual de los adolescentes comienza frecuentemente durante la niñez, y son a veces las madres o los padres quienes los llevan a cabo contra sus hijos. Cuando quienes llevan a cabo conductas abusivas son los padres adolescentes, estos utilizan a sus hijos como válvulas de escape contra su frustración a veces por haber tenido un hijo no deseado y otras por no entender el comportamiento y las necesidades de sus hijos. El resultado es que los hijos de padres adolescentes se encuentran entre la población de alto riesgo de abuso físico y negligencia por parte de sus padres. ⁽³¹⁾

Aunque muchos niños y adolescentes que han sido sometidos a abuso físico y psicológico por sus padres se convierten más tarde en adultos normales, un cierto porcentaje queda con secuelas perniciosas de conducta. Esas secuelas incluyen conductas delictivas, o donde los adolescentes y adultos terminan actuando ellos mismos en forma abusiva contra sus propios hijos. ⁽³¹⁾

El abuso sexual de los adolescentes, comprende una amplia gama que incluye el incesto, o sea la actividad sexual entre miembros de una misma familia, el exhibicionismo, o sea la exposición de los genitales a adolescentes y jóvenes y la violación, que es la realización del acto sexual o su intento sin el consentimiento de la víctima. También puede ocurrir el abuso sexual de los adolescentes con fines de lucro, como cuando se los utiliza para actividades pornográficas y la prostitución. ⁽³¹⁾

Es difícil determinar la incidencia de este tipo de delitos, ya que además del evidente subregistro las cifras varían de acuerdo a quienes obtuvieron la información. En los casos de incesto, la mayoría de los cuales ocurre entre padres e hijas, es este un fenómeno que afecta a todos los grupos culturales, sociales, étnicos y educacionales. Mientras que el incesto padre - hija involucra generalmente hombres de entre 30 y 50 años, los casos de violación son usualmente perpetrados por hombres menores de 30 años. Las adolescentes víctimas de incesto o la violación sexual pueden presentar los más variados síntomas psicológicos y signos físicos, que van desde la irritación del área genital hasta las enfermedades venéreas y el embarazo. ⁽³¹⁾

Las consecuencias en estos casos pueden ser serias, y las víctimas pueden caer en una espiral desesperanzada de depresión, aislamiento, promiscuidad y prostitución. La prostitución de adolescentes varones y mujeres, por otra parte, se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más frecuente tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. A menudo es un fenómeno complejo que responde a múltiples causas tanto familiares como sociales, económicas y culturales. ⁽³¹⁾

En Nicaragua, ENDESA 98 revela lo siguiente:

Características de la Violencia en Adolescentes		
Características	Violencia Física	Violencia Sexual
Actual (último año)	17.2%	4.9%
Anterior	7.3%	3.2%
Total	24.5%	8.1%

Fuente: ENDESA 1998. (22)

Otros datos de interés son:

Porcentaje de Mujeres que sufrieron abuso sexual antes o después de los 12 años Características del abuso. Nicaragua 1998. (n= 8,507 mujeres)		
Características del abuso sexual	Antes de los 12 años	Después de los 12 años
Algún abuso sexual	4.1	4.8
Quién fué?		
Padre	4.1	4.2
Padrastro	16.4	9.4
Otro familiar	32.6	18.0
Conocido	26.5	31.1
Desconocido	12.5	21.0
Edad media cuando comenzó	10.0	14.3
Edad mediana del agresor	31.0	26.7
Qué tanto le afectó?		
Mucho	55.4	60.6

Fuente: ENDESA 1998. (22)

En base a estos datos, se menciona que una de cada tres mujeres en Nicaragua ha sufrido violencia física de parte del esposo o compañero y una de cada 10 abuso sexual. En las adolescentes que alguna vez han estado en unión se encontró que una de cada 4 habían sufrido violencia física y una de cada 12 había sido víctima de violencia sexual. (INEC, 1999). (26)

En lo que respecta al abuso sexual a las niñas y adolescentes, se menciona que una de cada 10 mujeres ha sufrido abuso sexual de parte de una persona distinta a su pareja y la mitad de ellas lo sufrió antes de los 12 años. La tercera parte de los casos de abuso sexual fueron efectuados por algún familiar, sin embargo, uno de cada 5 casos en menores de 12 años fue cometido por el padre o el padrastro. ⁽²⁶⁾

La victimización sexual temprana también puede dejar a las mujeres con menos habilidades para protegerse a si misma, menos seguras de su valor y de sus límites personales, y más aptas para aceptar su victimización como parte de su ser femenino. Estudios más recientes vinculan la victimización sexual temprana con conductas de alto riesgo en la adolescencia y en la edad adulta incluyendo uso excesivo de drogas y alcohol, sexo sin protección con múltiples parejas, prostitución y embarazo adolescente. ⁽¹³⁾

Es un mito que la violencia sexual la ejercen solamente extraños, muchas violaciones y abusos son cometidos por hombres que la víctima conoce, incluyendo parejas y amigos íntimos. Por ello los ataques ocurren en cualquier momento del día. ⁽¹³⁾

8. Las Inequidades de Género en las y los Adolescentes

Actualmente en Latinoamérica y el Caribe, las expresiones más cruciales de la discriminación, de las inequidades de género y socioeconómicas de las mujeres en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción se observan en el elevado número de embarazos no deseados, los niveles sostenidos y crecientes de embarazos en adolescentes, la persistencia de la morbilidad y mortalidad materna. ⁽¹³⁾

La violencia sexual y basada en género, coloca a las niñas en un alto riesgo de trauma físico y mental, de enfermedades y de embarazos no deseados y esas situaciones generalmente, las disuade de utilizar los servicios de salud u otro tipo de servicios. ⁽¹³⁾

Los persistentes niveles de violencia hacia las niñas/os y las mujeres, el incremento del contagio de las mujeres con ETS y VIH/SIDA, el limitado acceso a la educación y a los servicios de salud sexual y Reproductiva expone con frecuencia a las niñas a prácticas que incluyen la pedofilia, prostitución forzada, trata de niñas, inclusive posiblemente la venta de sus órganos y tejidos, al matrimonio prematuro o en la niñez. También pueden estar expuestas a otras prácticas nocivas como la mutilación genital femenina y la preferencia por el hijo varón que resulta en el infanticidio femenino, la selección prenatal del sexo y discriminación contra las niñas en la ración alimenticia. ⁽¹³⁾

Las adolescentes son biológica y psicológicamente más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia, prostitución y a las consecuencias de las relaciones prematuras y sin protección. Además, las niñas suelen ser consideradas inferiores y se les enseña a ponerse siempre en último lugar. Las prácticas discriminatorias se pueden atribuir a factores tales como, la desigualdad en el género, en la sociedad en general y en la familia; actitudes dictadas por la costumbre; al trabajo infantil, matrimonio a edad temprana, falta de medios, falta de instalaciones escolares adecuadas y a los embarazos en adolescentes. ⁽¹³⁾

Esta situación refleja uno de los ámbitos de inequidad de género más cruciales para la vida de las mujeres, sus limitaciones para controlar las decisiones sobre su sexualidad y capacidad Reproductiva, y por ende, el ejercicio de sus derechos sexuales y Reproductivos. ⁽¹³⁾

9. Servicios de Salud para Adolescentes

En cumplimiento de las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) y el Plan de Acción Regional para la Salud de los Adolescentes lanzado por la OPS en 1996, muchos países de la Región han comenzado a asegurarse de instituir planes, políticas y programas nacionales de atención integral de salud de los adolescentes y jóvenes. ⁽³²⁾

La organización de servicios de salud para adolescentes debe tener en cuenta los múltiples aspectos involucrados. De allí la necesidad de integrar no solo diferentes disciplinas médicas en su atención, sino de conectar los servicios médicos con los servicios sociales, educacionales, legales y con aquellas organizaciones gubernamentales como no gubernamentales que pueden ofrecer apoyo financiero, capacitación técnica y posibilidades de empleo a los adolescentes. ⁽³¹⁾

Lamentablemente quienes más necesitan ayuda muchas veces son quienes menos la buscan, como ocurre con los adolescentes de los estratos más pobres, los pertenecientes a minorías étnicas o sociales, los sin hogar y los desempleados. ⁽³¹⁾

En Nicaragua, dentro de las acciones emprendidas por el Ministerio de Salud, se introduce e implementa un nuevo modelo de atención integral a la mujer y a la niñez, con una estrategia de trabajo basada en la priorización de la atención a los grupos poblacionales más desprotegidos del país. ⁽²⁵⁾

Basado en lo anterior, existe la voluntad política el Ministerio de Salud de implementar un Programa de Atención Integral a la Adolescencia en el que se reconozca a los y las adolescentes como personas con necesidades, derechos y oportunidades capaces de lograr una participación protagónica en las acciones que buscan su desarrollo individual y colectivo. ⁽²⁵⁾

Este programa tiene como misión principal el bienestar de todos y todas las adolescentes del país sin distinciones de género, raza, etnia, idioma, edad, condición física o psíquica, condición económica o social, religiosa, política y cultural. ⁽²⁵⁾

Su propósito es contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar del y la adolescente a través de acciones de prevención y atención con énfasis en la prevención primordial y primaria, así como en la promoción de estilos de vida saludables, autoestima, autocuidado y ayuda mutua. ⁽²⁵⁾

VII. DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Para realizar el diagnóstico situacional de la Adolescencia del área urbana de Siuna, se planteó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. Se hizo uso de variables cualitativas y cuantitativas.

LUGAR DE ESTUDIO:

El lugar de estudio fue el área urbana del Municipio de Siuna, ubicada en el triángulo minero perteneciente al Atlántico Norte del país, con una población total de 73,530 habitantes.

UNIVERSO:

La población de estudio estuvo constituida por todas las/los adolescentes de 10 a 19 años, habitantes del área urbana del Municipio de Siuna. Cabe mencionar que la población adolescentes del Municipio de Siuna se ha estipulado en 13,938 personas (19% del total de la población), de los cuales sólo el 17% (2,261) se ubican en la zona urbana y el 83% restante (11,667) pertenecen a las zonas rurales. Esta población está distribuida de la siguiente manera:

GRUPO ETAREO	AREA URBANA		TOTAL URBANO	AREA RURAL		TOTAL RURAL
	♀	♂		♀	♂	
10 - 14 AÑOS	650	635	1285	3065	3451	6516
15 - 19 AÑOS	517	459	976	2492	2669	5161
TOTAL	1167	1094	2261	5557	6120	11677

MUESTRA:

Se realizó un muestreo por conveniencia (muestra no probabilística) tratando de entrevistar al menos un 10% de la población urbana adolescente. Se pretendió además, que la muestra fuera equitativa en sexo y grupos étnicos.

Se aplicó la encuesta dos días a la semana, durante el período de estudio antes mencionado. Para ello se asistió a aquellos lugares que constituyen puntos de reunión de adolescentes, así como vistas domiciliarias.

FUENTES DE INFORMACION

La fuente de información fue de tipo primario, ya que se obtuvo directamente de los adolescentes y de tipo secundario ya que fue necesario revisar algunas estadísticas, contenidas en:

- ❖ Registros de la División estadística del MINSA
- ❖ Registros de Estadísticas de Vigilancia de la Mortalidad Materna
- ❖ ENDESA 1998 - 2001
- ❖ Investigaciones realizadas en el tema

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:

Las Técnicas e Instrumento de Recolección de la Información fueron las siguientes:

Se utilizó como instrumento de recolección de la información una encuesta estructurada para el estudio de las diferentes variables, la que se aplicó a los adolescentes a través de una entrevista.

El esquema general de la encuesta contenía los siguientes aspectos:

1. Características generales
2. Conductas de riesgo
3. Conducta sexual
4. Comportamiento Reproductivo
5. Utilización de servicios de salud

La encuesta estuvo constituida por preguntas abiertas y cerradas (dicotómicas, alternativas múltiples).

Para la recolección de la información, se contó con la participación de personal de salud y adolescentes de esa localidad a quienes se les brindó una capacitación para el llenado de la misma. En caso de que el o la adolescente no quisiera ser entrevistado se le podía facilitar la encuesta para que fuera llenada por ellos mismos y entregadas posteriormente. El levantamiento de la información se realizó durante el periodo anteriormente señalado y previamente se aplicó el instrumento a adolescentes seleccionados al azar para la validación del instrumento.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:

Se realizó mediante el paquete estadístico SPSS para Windows en donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes para cada una de las variables.

Los resultados son presentados mediante tablas de salida de Excel.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMEN-SION	INDICADOR	ESCALA
Características Sociodemo-gráficas	Condición indicativa del nivel y estado actual de cada uno de los/las adolescentes en relación a una posición social, nivel económico y cultural.	Edad	Años cumpli-dos Grupos etáreos según clasifica-ción OMS	10 - 14 años 15 - 19 años
		Sexo	Sexo del entrevistado	Masculino Femenino
		Religión	Religión practicada por el o la entrevistada	Católica Evangélica Ninguna Otra
		Estado Civil	Condición social del adolescente según relaciones de la sociedad.	Soltero/a Casado/a Unión estable Otro
		Escolaridad	Nivel de escolaridad del entrevistado	Analfabeta Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Universitario/Técnico
		Estado ocupacional	Condición u oficio que realiza él o la adolescente	Estudia Trabaja Estudia y trabaja No estudia ni trabaja
Características conductuales de los/las adolescentes	Serie de factores y/o conductas de riesgo que contribuyen a que los/las adolescentes tengan conductas	Comporta-miento de riesgos en adolescentes	Organización en pandillas	Sí No
			Intento de Suicidio	Si No
			Consumo de drogas	Si No
			Consumo de alcohol	Si No

	<p>peligrosas, dando lugar a cuadros patológicos y a conductas antisociales o autodestructivas .</p>		Consumo de tabaco	Si No
Características Sexuales de los/las adolescentes	Condición o declaración indicativa del nivel y estado actual de cada uno de los/las adolescentes en relación a su vida sexual.	Comportamiento sexual	Vida sexual activa	Si No
			Edad de inicio de relaciones sexuales	Antes de los 10 años 10 – 14 años 15 – 19 años
			Número de compañeros/as sexuales	1 compañero/a 2 compañeros/as 3 o más No aplica
			Práctica Sexual	Vaginal Anal Oral No responde
Características Reproductivas de los/las adolescentes	Condición o declaración indicativa del nivel y estado actual de cada uno de los/las adolescentes en relación a su vida reproductiva.	Métodos Anticonceptivos	MAC conocido	Pastillas DIU Inyección Condón Esterilización Ritmo Coito interrumpido Otros
			Necesidad de uso de MAC	Si No
			Uso actual de MAC	Si No
			MAC usado	Pastillas DIU Inyección Condón Esterilización Ritmo Coito interrumpido Otros

			Finalidad del uso de MAC	Prevenir un embarazo Prevenir una ITS Otras
			Lugar de adquisición de MAC	Hospital C/S o P/S Consultorio privado Farmacia Mercado Promotores Otros
			Obtención de Información sobre MAC	Personal de salud Profesores Padres Familiares Amigos TV/radio Otros
		Historia de Embarazo	Embarazo en el último año	Si No No aplica
			Número de hijos vivos	Uno Dos
			Número de hijos muertos	Uno Dos
			Atención del embarazo, parto y puerperio en el MINSA	Si No
			Complicación en el primer embarazo	Si No
		Historia de Aborto	Embarazo deseado	Si No
			Antecedentes de interrupción del embarazo	Si No
			Tipo de interrupción (aborto)	Voluntario Espontáneo

			Razón de interrupción voluntario	Pelea con la pareja Para que la familia no se diera cuenta Otras
			Atención del aborto	Si No
		Historia de ITS / VIH-SIDA	Presencia de signos y síntomas	Secreción en genitales Picazón Dolor en las relaciones sexuales Granos y úlceras en genitales No ha padecido No responde
			Búsqueda de atención médica	Si No
			Lugar de la atención médica	Instituciones públicas Instituciones privadas Otros
		Historia de abuso / violencia	Historia de abuso	Si No
			Persona que abusa	Familiar Desconocido Amigo/a Novio/a Padraastro Otro No responde
			Historia de Violencia (física y sexual)	Si No
			Búsqueda de ayuda	Si No
		Utilización de los Servicios de Salud	Establecimiento de salud al que acude el/la adolescente	Unidades públicas Unidades privadas Otros

SITUACION DE SALUD DE ADOLESCENTES DE SIUNA
MAESTRIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

	salud para satisfacer sus necesidades de atención médica		Razones de no uso de los Servicios de Salud	No le gusta No hay medicamentos Demora en la atención Calumnias del personal Automedicación Otras
--	---	--	--	---

VIII. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

La muestra de este estudio estuvo constituida por un total de 228 adolescentes, de los cuales el 50% (114) pertenecen al sexo femenino y el 50% restante (114) al sexo masculino. (Cuadro No. 1)

En lo que respecta a la relación sexo / edad, se estableció que la muestra fuese equitativa en este caso, obteniéndose de esta forma que un 25% (57) son varones con edades entre los 10 - 14 años; 25% (57) con edades entre los 15 - 19 años; 25% (57) mujeres entre 10 y 14 años y el 25 % (57) restante mujeres entre 15 - 19 años.(Cuadro No. 1)

En relación a la religión se encontró que predomina la religión católica en ambos sexos alcanzando un total del 75% (172) seguido en un 13%(30) por la religión evangélica. (Cuadro No. 1)

En cuanto al estado civil, se encuentra que el 89% (203) son solteros, predominando más en los varones que en las mujeres (46% y 43% respectivamente), seguido de la unión estable que representa un 3%(7) en los varones y un 5%(12) en las mujeres. (Cuadro No.1)

Asimismo se encontró que el 94% (214) saben leer y escribir y solamente el 6% (14) no saben leer ni escribir. Aunque un 94% sabe leer y escribir, sólo un 77% (174) de ellos se encuentran estudiando actualmente, representando un 38% en el caso de los varones y un 39% para las mujeres. Según el nivel de escolaridad actual, se encuentra que el 61% de ellos han alcanzado una secundaria incompleta, seguido de un 26% con primaria incompleta. En lo que respecta a la relación hombre / mujer, se observa que las mujeres tienen un nivel de escolaridad un poco superior en relación a los varones, dado que el porcentaje de las que se ubican en primaria es menor que el de los hombres (15% y 17 % respectivamente) y el porcentaje de las que se ubican en secundaria y niveles técnicos es superior con respecto a los hombres (3%). (Cuadro No. 1)

En relación al estado ocupacional de estos adolescentes, se observó que el 66% (150) estudian únicamente, un 14% (32) trabaja, 11% (24) combinan ambas actividades y un 10% (22) no realiza ninguna actividad. Si se relaciona por sexo, se encuentra que la actividad educativa y laboral por separado es un poco mayor en el sexo masculino mientras que la realización de ambas actividades (estudia y

trabaja) es mayor en las mujeres al igual que la cantidad de ellas que no realizan ninguna actividad. (Cuadro No. 1)

Con respecto a los y las adolescentes que laboran (56 en total), se encuentra que el 62% (35) lo realizan en el sector informal lo cual genera poco ingreso y sólo un 38% (21) lo realizan en el sector formal. Si se compara por sexo, se encuentra un ligero predominio de las mujeres en el sector formal (20% mujeres vs 18% hombres), mientras que en el sector informal predominan los hombres (39%). (Cuadro No. 1)

CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES:

Al estudiar los comportamientos de riesgo que tienen los y las adolescentes de Siuna se encuentra la siguiente:

El 97% (222) del total no pertenecen a ningún grupo juvenil o pandilla, solamente un 3% (6) refirió pertenecer a alguna de ellas. Si establece la relación de hombre / mujer de los que integran grupos juveniles, se observa que el mayor porcentaje (2%) son hombres. (Cuadro No. 2)

En relación al intento de suicidio, se encuentra que solamente un 8% (19) del total refirieron haber realizado algún intento por suicidarse, siendo esta cifra mucho mayor en las mujeres (15 casos) que en los hombres (4 casos).

Al preguntársele a estos adolescentes cuales habían sido los principales motivos para llevar a cabo un intento de suicidio, ellos/as respondieron lo siguiente:

- Depresión con un 21% (4), siendo igual en hombres que en mujeres (2 casos en cada uno de ellos)
- Problemas familiares el 16% (3), con predominio en el sexo femenino (2 casos)
- Incomprensión de los padres y regaño de la familia con un 11% (2) cada uno, ambas causas con predominio en el sexo femenino.
- Entre otras causas de intento de suicidio se encuentra el embarazo lo cual representan un 5%. (Cuadro No. 2)

En lo que respecta al consumo de drogas, el 94% (214) de los adolescentes negaron su consumo y sólo un 6.% (14) afirmaron consumirla. El consumo es mucho mayor en el sexo masculino (12 adolescentes) que en el sexo femenino (2 adolescentes). De estos 14 adolescentes que consumen drogas, el 57% (8) empezaron a consumirla entre los 10 - 14 años, mientras que el 43% (6) lo hicieron entre los 15 - 19 años. Las edades de iniciación del consumo de drogas son mucho menores en el sexo masculino que en el femenino. (Cuadro No. 3)

Entre los principales motivos para el consumo de drogas se mencionan los siguientes:

- Curiosidad el 36%, con predominio total en el sexo masculino (5 adolescentes)
- Porque le gusta y le da ganas un 21% (3) en cada uno de ellos, siempre con predominio masculino
- Por problemas con los padres, por probar y por desconocimiento de su consumo, un 7% (1) en cada uno de ellos. (Cuadro No. 3)

En lo que respecta a la ingesta de licor, se encuentra que sólo el 19% (44) aceptaron su consumo, teniendo un predominio masculino (35 adolescentes) con respecto al femenino (9 adolescentes). (Cuadro No. 4)

De los 44 adolescentes que refirieron ingerir licor, el 68% (30) empezaron a hacerlo entre los 15 - 19 años y el 32% (14) restante entre los 10 - 14 años. (Cuadro No. 4)

Entre los principales motivos que los llevaron a consumir licor se destacan los siguientes:

- Curiosidad en un 27% (12), con predominio en el sexo masculino (11 adolescentes)
- Porque le gusta con 23% (10), con predominio masculino (8 adolescentes)
- Por invitación de los amigos un 16% (7), con predominio total en el sexo masculino
- Para probar y por diversión con 9% (4) en cada uno de ellos
- Por ganas un 7% (3)
- Otras causas: falta de atención de mis padres, depresión, imitación y por problemas familiares con 2% (1) cada uno de ellos. (Cuadro No. 4)

De acuerdo a la cantidad de licor ingerida, el 27% (11) refirieron ingerir de 1 - 5 cervezas cada vez que lo hacían, un 25% (11) ingieren de 1 - 5 tragos de alcohol en cada ocasión y un 16% (7) ingieren más de 5 cervezas por ocasión. La mayor cantidad de licor es ingerida por el sexo masculino. (Cuadro No. 4)

En lo que respecta a las prácticas de fumado, sólo el 11% (24) del total que refirieron ser fumadores, predominando en el sexo masculino con un 8% (18 adolescentes). En este caso predominan los y las adolescentes que todavía no tienen este hábito (89%). (Cuadro No. 5)

Los y las adolescentes que tienen el hábito de fumar, refirieron haber iniciado en su mayoría (54%) a edades comprendidas entre los 15 y 19 años de edad y un 46% (11) entre los 10 y 14 años. Entre los principales motivos que tienen para fumar, se encuentran los siguientes:

- Curiosidad en el 38% (9) de los casos
- Porque le gusta en un 29% (7)
- Por probar y luego le gusto en un 13% (3)
- Invitación de los amigos con un 8% (2)
- Otros motivos: imitación de otras personas, nerviosismo y porque no sabían en un 4% (1) en cada uno de los casos. (Cuadro No. 5)

De los y las adolescentes que fuman, un 63% (15) refirieron fumar de 1 - 5 cigarrillos al día, un 29% (7) entre 5 - 10 cigarrillos al día y un 8% (2) de 10 - 20 cigarrillos al día. (Cuadro No. 5)

CONDUCTA SEXUAL:

En lo que respecta a la conducta sexual de los y las adolescentes de Siuna, se encontraron los siguientes resultados:

Del total de adolescentes estudiados, el 63% (143) de ellos refirieron no tener todavía vida sexual activa y sólo un 37% (85) afirmó tener relaciones sexuales. Si se compara hombres con mujeres, se observa que el porcentaje es mayor en los adolescentes (21%) que ya iniciaron vida sexual que en las adolescentes (17%). De los que ya tienen vida sexual activa, el 51% (43) iniciaron su primera relación sexual entre los 10 - 14 años de edad y el 49% (42) entre los 15 - 19 años de edad. Igualmente, si se compara por sexo, se observa que la edad de inicio de la vida sexual es mucho menor en los hombres que en las mujeres. (Cuadro No. 6)

De los que tienen relaciones sexuales, el 46% (39) refirió haber tenido hasta el momento 3 o más parejas sexuales con predominio masculino, un 32% (27) una pareja sexual con predominio femenino y el 22% (19) dos parejas sexuales, sin diferencias de sexo. En lo que respecta al tipo de práctica sexual, el 95% (81) afirmó tener practicas sexuales vaginales, el 14% (12) practicas sexuales orales y un 2% (2) practicas sexuales anales. Un 5% (4) se negaron a responder esta pregunta. (Cuadro No. 6)

ANTICONCEPCION:

En relación a los conocimientos y usos de anticonceptivos por los y las adolescentes se encontró lo siguiente:

- Un 68% (156 adolescentes) del total refirieron conocer o haber oído hablar de las pastillas o píldoras anticonceptivas, un 67% (153) del condón y un 57% (130) de las inyecciones. Los métodos menos conocidos son los métodos naturales como el método del ritmo que solo lo conocen un 18% (40) y el coito interrumpido por un el 15% (34). Si se compara los adolescentes con las adolescentes se observa que las pastillas (77%) y las inyecciones (63%) son más conocidas por las adolescentes, mientras que en los adolescentes son el condón (75%) y las pastillas (60%). (Cuadro No. 7)
- Con respecto a la utilización actual de métodos anticonceptivos, se encontró que el 73% (62) de los y las adolescentes que ya iniciaron vida sexual activa (85 adolescentes) utilizan actualmente algún método anticonceptivo. Al establecer la comparación hombre / mujer se observa que el porcentaje de uso es mayor en los adolescentes (41%) que en las adolescentes (32%). (Cuadro No. 7)
- De los que están utilizando actualmente algún método anticonceptivo que corresponde a 62 adolescentes, un 45% (28) del total que corresponde al sexo masculino están utilizando el condón o preservativo, un 23% (14) los anticonceptivos inyectables en el caso de las adolescentes y un 21% (13) las píldoras anticonceptivas también en las adolescentes. Es notorio el poco uso del DIU que solo se reporta en un 2% (1). (Cuadro No. 7)
- En relación a la razón de uso del método anticonceptivo, tanto hombres como mujeres refirieron que los utilizan para prevenir un embarazo (81% del total), siguiéndole en importancia la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (32%). (Cuadro No. 7)

En lo que respecta a la accesibilidad de los y las adolescentes a la anticoncepción se encuentra que de los 62 adolescentes que usan actualmente métodos anticonceptivos, el 35% (22) de ellos los adquieren en la farmacia, 16% (10) en el Hospital y en el Mercado respectivamente, siendo mínima la adquisición en Centros y Puestos de Salud (6%). No se observa mayores diferencias en cuanto a hombres y mujeres con respecto al lugar de adquisición de los métodos anticonceptivos. (Cuadro No. 8)

Hay adolescentes que no adquieren los métodos anticonceptivos en establecimientos del Ministerio de Salud (48 adolescentes) y entre las principales razones por las que no acuden a estos servicios se encuentran las siguientes:

- 35% (17) refieren que es porque no hay en el MINSA
- 15% (7) porque le da pena y por la calumnia a que pueden ser sometidos por parte del personal de salud respectivamente
- 10% (5) porque nunca han ido a estos establecimientos (Cuadro No. 8)

Con respecto a quien les brinda información sobre anticoncepción, se encontró que de los 228 adolescentes entrevistados, un 34% (77) obtienen la información proveniente de los amigos, un 31% (71) a través de otros (SSL y promotores), un 21% (49) a través de la radio. Es notorio la poca participación que tiene en este sentido el personal de salud, los profesores y los padres. Si se compara hombres con mujeres se observa que para ambos las fuentes de información son las mismas sin observar mayores diferencias. (Cuadro No. 8)

EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

De las 38 adolescentes que ya ha iniciado vida sexual activa, el 56% (22 adolescentes) tienen historia de embarazo en algún momento de su vida. De estas 22 adolescentes el 64% (14 adolescentes) han estado embarazadas en los últimos 12 meses a la encuesta. (Cuadro No. 9)

De las que tienen historia de embarazo, el 82% (18 adolescentes) tienen historia de haber tenido solo 1 hijo. En la actualidad el 68% tiene un hijo vivo, 18% 2 hijos vivos y 14% un hijo muerto. (Cuadro No. 9)

De las 22 adolescentes que en algún momento habían estado o estaban embarazadas, el 68% (15) refirieron haber acudido a los servicios del MINSA para la atención de su embarazo, parto y puerperio. Solamente un 32% (7) no acudieron a éstos. (Cuadro No. 9)

Entre las razones expuestas por las adolescentes para no acudir a los servicios del MINSA se encuentran las siguientes:

- 29% (2) porque las atienden mal y otro 29% (2) además no quieren ir allí
- 14% (1) en cada uno de las siguientes situaciones: porque no hay privacidad, por seguridad visitan otros lugares y porque la atención no es esmerada ni rápida (Cuadro No. 9)

De las que habían estado embarazadas (22 adolescentes), solamente el 23% (5 adolescentes) refirieron haber tenido alguna complicación durante el embarazo, negando este antecedente el 77% (17) restante. Entre los tipos de complicaciones

mencionadas por ellas, se encuentran las siguientes: anemia en 4 adolescente y aborto en una de ellas. (Cuadro No. 9)

ABORTO EN ADOLESCENTES:

De las 22 adolescentes que tenían antecedentes de embarazo, el 50% refirió que su embarazo había sido deseado, mientras que el 50% restante manifestó no haber sido deseado. (Cuadro No. 10)

Con respecto a los antecedentes de interrupción del embarazo, solamente 5 de ellas confirmaron este antecedente. De estas 5 adolescentes, en 2 casos fue voluntario mientras que en las 3 restantes había sido espontáneo. (Cuadro No. 10)

De los 5 casos en que se presentaron interrupciones del embarazo, 3 de los casos buscaron atención médica, 1 de ellos no buscó atención médica y 1 caso se desconoce la búsqueda de atención. En el caso en que no se buscó atención médico refirieron que es porque no hubo necesidad. (Cuadro No. 10)

En los dos casos en que se presentó una interrupción voluntaria, las causas referidas fueron por pelea con su pareja (1 caso) y para que la familia no se diera cuenta que estaba embarazada (1 caso). (Cuadro No. 10)

INFECCION DEL TRACTOR REPRODUCTOR:

Con respecto a la presencia de Infecciones del Tracto Reprodutor se encontró lo siguiente:

- De los que ya iniciaron vida sexual activa (85 adolescentes), el 49% (42 adolescentes) refirió no haber padecido alguna sintomatología asociada de infecciones en los genitales. Lo anterior indica que un 51% tenía este antecedente (43 adolescentes), siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres.
- Entre la sintomatología predominante se encuentra la presencia de picazón en órganos genitales (33%); secreción en órganos genitales (27%); dolor en las relaciones sexuales (16%) y la presencia de granos y úlceras en genitales (12%). En las adolescentes predominó la secreción en genitales, prurito y dolor en las relaciones sexuales, mientras que en los adolescentes predominaron los granos y las úlceras en los genitales.
- De los que presentaron alguna sintomatología (43 adolescentes), el 67% (29) buscaron atención médica y el 33% (14) restante no lo realizó.

- De los que buscaron atención médica, un 41% (12) acudió a establecimientos del MINSA y un 38% (11) a la Clínica de la Mujer.
- Entre las razones por las que no buscan atención médica se encuentran las siguientes: 43% por las calumnias del personal de salud, 21% por la demora en la atención y 14% por pena. (Cuadro No. 11)

VIOLENCIA Y/O ABUSOS:

En relación a la historia de violencia y/o abusos en los/las adolescentes de Siuna se encontró lo siguiente:

- De los 228 adolescentes entrevistados, el 83% (189) refirieron no tener antecedentes de haber sido manoseados sin su consentimiento y solamente el 17% (39) afirmaron este antecedente. De los que fueron manoseados sin su consentimiento, 22 (10%) eran adolescentes femeninas y 17 (7%) adolescentes masculinos.
- En lo que respecta a la persona que había sido responsable de dicho acto, el 28% (11 adolescentes) señalaron a un amigo/a como el responsable, seguido por el padrastro (21%) y luego por un desconocido (18%). Si se analizan por sexo, se encuentra que en las mujeres el victimario predominante son los padrastros (32%) mientras que en los hombres son los amigos (41%).
- En relación a la violencia física, se encuentra que un 24% del total (55 adolescentes) han sufrido violencia física, no encontrándose diferencias porcentuales en lo que respecta al sexo.
- De los 228 adolescentes, solamente el 4% (9 adolescentes) refirieron haber sido víctimas de la violencia sexual, en donde estos 9 casos pertenecen al sexo femenino.
- En lo que respecta a la búsqueda de ayuda, de un total de 64 adolescentes que habían sufrido violencia física y/o sexual, solamente el 17% (11 adolescentes) refirieron haber buscado ayuda.
- De los 11 adolescentes que refirieron haber buscado ayuda, el 45% (5 adolescentes) refirieron haber acudido a familiares; 27% (3 adolescentes) a la Policía. Tanto los y las adolescentes acuden en su mayoría a familiares. (Cuadro No. 12)

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Al abordar el uso de los servicios de salud por parte de los y las adolescentes de Siuna, se encontró lo siguiente:

- Los y las adolescentes cuando se enferman acuden a las diferentes instituciones del MINSA en un 65% (147 adolescentes) y un 21% (49 adolescentes) a clínicas privadas.
- De manera general, puede observarse un 35% (81 adolescentes) que no utilizan los servicios de salud del Ministerio de Salud. Al preguntarles cuales son las principales razones por las que no hacen uso de ellos, mencionan las siguientes:
 - El 30% (24 adolescentes) expresan que es por la demora en la atención
 - 15% (12 adolescentes) por la falta de medicamentos
 - 14% (11 adolescentes) porque no les gusta
 - Otras: 12% (10 adolescentes) prefieren la automedicación y 10% (8 adolescentes) por las calumnias de los trabajadores.
 - Cuando se analizan por sexo se encuentra lo siguiente:
 - En los adolescentes las principales razones son: 14% (11) la demora en la atención y 10% (8) la falta de medicamentos.
 - En las adolescentes, el 16% (13) menciona la demora en la atención y el 10% (8) porque no les gusta. (Cuadro No.13)



IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Diversos estudios y censos han revelado que el número de adolescentes en la mayoría de los países sobre todo de América han experimentado incrementos notables en los últimos decenios.

Para 1996, los y las adolescentes de América Latina y el Caribe representaban 21% de la población total; en donde un análisis de la estructura demográfica mostró que la edad media en la mayoría de los países era de menos de 20 años. ⁽³²⁾

En Nicaragua, de acuerdo a ENDESA - 98, la distribución porcentual de los y las adolescentes del grupo de edad de 10 - 14 años es de 14.7% para el sexo masculino y del 13.6% para el sexo femenino, totalizando 14.1% para ambos grupos. Para el grupo de edad de 15 - 19 años, el sexo masculino está constituido por un 11.9% y el sexo femenino por 11.4% totalizando en ambos grupos 11.7% por lo que los adolescentes constituirían un 25.8% de la población nicaragüense. ⁽²²⁾

El presente estudio tuvo como Universo el total de Adolescentes que habitan en el Municipio de Siuna, el cual se ha estipulado en 13,938 adolescentes que representan el 19% del total de esta población, de los cuales sólo el 17% (2,261) se ubican en la zona urbana y el 83% restante (11,667) pertenecen a las zonas rurales.

Según ENDESA - 2001, al considerar la distribución urbano - rural de la estructura por edad, se observa que la población de las zonas rurales del país es más joven que la de las zonas urbanas. En efecto, en las primeras, los menores de 15 años de ambos sexo representan el 46% del total, mientras que en la zona urbana son el 37%. Si se analizan por grupos etáreos se encuentra que en el grupo de 10 - 14 años a nivel urbano se ubican el 13.1%, mientras que en el área rural representan el 14.7%. En el grupo de 15 - 19 años, en el área urbana representan el 12.6% y en el área rural el 12%. ⁽²²⁾.

Aunque en este caso solo se estudiaron los y las adolescentes del área urbana condicionado por la accesibilidad geográfica de los entrevistados, si se toma en cuenta las estadísticas locales, se encuentra que aunque la mayor parte de la población adolescente se encuentra en el área rural, cuando se disgregan por grupos etáreos se observa que las cifras son mucho mayores en los comprendidos entre 10 y 14 años.

Con relación a la religión se encontró que predomina la religión católica en ambos sexos alcanzando un total del 75% (172) seguido en un 13% por la religión evangélica, lo que corresponde con las características de la población nicaragüense.

En cuanto al estado civil, se encuentra que el 89% (203) son solteros, predominando más en los varones que en las mujeres (46% y 43% respectivamente), seguido de la unión estable que representa un 3% en los varones y un 5% en las mujeres. Estos datos son similares a los observados a nivel nacional, dado que ENDESA 2001 muestra que el porcentaje de adolescentes solteros/as representan el 83.9%, los unidos/as el 10.3% y solamente un 2.9% de casados/as. El estado conyugal actual de estas personas viene a reflejar la situación de las parejas entre la población en edad fértil. Como se sabe, el estado conyugal es una de las variables determinantes en el comportamiento reproductivo de la población y de una u otra manera explica los niveles de fecundidad. ⁽²²⁾

Como es de esperar, los y las adolescentes se concentran en la categoría de solteros: a nivel nacional 4 de cada 5 adolescentes de 15 a 19 años están en esta condición, observándose una disminución de las otras categorías. Las uniones antes de los 15 años son menos frecuentes y tienen implicancias en la constitución forzada de parejas y familias, con una propensión alta a la crisis y al abandono temprano de la mujer y los hijos.

Cuando se analiza por procedencia también se observan algunas diferencias, notándose en el área urbana un predominio de solteros con respecto al área rural. Otro dato interesante de mencionar y que atañe a esta localidad, es que a nivel nacional el estado conyugal no es una variable que se diferencie significativamente por departamento, salvo en el caso de la RAAN que presenta el menor porcentaje de solteros, el mayor porcentaje de casados y uno de los menores porcentajes de unidos. ⁽²²⁾

En lo que respecta a la educación, en el presente estudio se encuentra que el 94% (214) saben leer y escribir y solamente el 6% (14) no saben leer ni escribir. Aunque un 94% sabe leer y escribir, sólo un 77% (174) de ellos se encuentran estudiando actualmente, representando un 38% en el caso de los varones y un 39% para las mujeres. Lo anterior responde a la situación educativa de los y las adolescentes de las Américas en donde en los últimos años se han experimentado notables cambios en el grado de analfabetismo, decreciendo marcadamente en muchos países y siendo residual en otros. A pesar de estos avances, en algunos países sobre todo de población agrícola o con alto porcentaje étnico, las cifras de analfabetismo son aún superiores al 15%. ENDESA - 2001, revela que el 84.2% de las y los adolescentes entre 10 y 14 años saben leer y escribir y el 13.7% no saben ni leer ni escribir. En lo

que respecta al grupo entre 15 y 19 años, el 87.6% saben leer y escribir mientras que el 11% no saben leer ni escribir.

Según el nivel de escolaridad actual, se encuentra que el 61% de ellos han alcanzado una secundaria incompleta, seguido de un 26% con primaria incompleta. En lo que respecta a la relación hombre / mujer, se observa que las mujeres tienen un nivel de escolaridad un poco superior en relación a los varones, dado que el porcentaje de las que se ubican en primaria es menor que el de los hombres (15% y 17 % respectivamente) y el porcentaje de las que se ubican en secundaria y niveles técnicos es superior con respecto a los hombres (3%). Lo anterior se corresponde con los datos nacionales existentes reflejados en ENDESA - 1998 y ENDESA - 2001, las que muestran similitud en el nivel de educación de hombres y mujeres. ⁽²²⁾

ENDESA - 1998, indica que el 11.8% de las adolescentes entre 15 y 19 años habían alcanzado una primaria incompleta, el 29.6% la primaria completa; el 48.3% la secundaria y un 2.5% la educación superior. Los adolescentes de este mismo grupo etáreo mostraba que el 12.2% tenían una primaria incompleta, el 31.8% la primaria completa, 47% la secundaria y un 1.6% la educación superior.⁽²²⁾

ENDESA - 2001, muestra que los adolescentes entre 10 y 14 años tienen los siguientes niveles de escolaridad:

- 15.6% sin educación
- 38.6% primaria incompleta
- 39.5% primaria completa
- 6.3% secundaria

Los adolescentes entre 15 y 19 años se encuentran en los siguientes niveles:

- 17.7% sin educación
- 16.3% primaria incompleta
- 31.6% primaria completa
- 38.4% secundaria
- 1.8% educación superior

En el caso de las adolescentes entre 10 y 14 años se encuentra lo siguiente:

- 10.2% sin educación
- 34.6% primaria incompleta
- 45.7% primaria completa
- 9.4% secundaria

- 0.1% educación superior

Las adolescentes entre 15 y 19 años se encuentran en los siguientes niveles:

- 7.6% sin educación
- 10.9% primaria incompleta
- 29% primaria completa
- 49.6% secundaria
- 2.9% educación superior

Tanto los resultados obtenidos en el presente estudio como los mostrados por ENDESA – 1998 y 2001 indican el mayor acceso de la mujer a la educación, lo cual reduce las brechas de inequidades sociales y de género que en la mayoría de los casos llegaban a afectar negativamente la condición de la mujer y les restringía el acceso a trabajos asalariados de calidad. Asimismo, numerosas investigaciones revelan que la educación influye de modo importante en las decisiones de las mujeres respecto a la edad en que se casan, el uso de anticonceptivos, el tamaño de la familia, el aumento de la confianza en sí mismas y una mejor autoestima y status social, por lo que es considerado el factor social más importante que incide en la fecundidad de las mujeres y particularmente de las adolescentes. ⁽¹³⁾

Dentro de las necesidades de los y las adolescentes ligadas a sus posibilidades educativas están los problemas relacionados con las oportunidades y condiciones de empleo. En esta etapa de la vida se entra en contacto con el mundo del trabajo, tratan de determinar su orientación vocacional, investigan las posibilidades ocupacionales y comienzan a formar parte de la fuerza laboral. Es así como en el presente estudio se encontró que el 66% (150) estudian únicamente, un 14% (32) trabaja, 11% (24) combinan ambas actividades y un 10% (22) no realiza ninguna actividad. Si se relaciona por sexo, se encuentra que la actividad educativa y laboral por separado es un poco mayor en el sexo masculino mientras que la realización de ambas actividades (estudia y trabaja) es mayor en las mujeres al igual que la cantidad de ellas que no realizan ninguna actividad.

Aunque en América Latina y el Caribe, los y las adolescentes de 15 – 19 años constituyen entre el 40 y 50% de la población económicamente activa, en la actualidad se ha visto que uno de los grandes problemas de la juventud es la falta de oportunidades laborales, por lo que se ha observado que las tasas de desempleo de los jóvenes en toda la Región varían de 36 a 66%. A pesar de las mejoras educativas verificadas en la Región en los últimos años, los jóvenes siguen estando mal preparados para competir en un mercado de trabajo cada vez más globalizados. ⁽³²⁾

Según ENDESA - 1998, se menciona que en el grupo masculino de 15 - 19 años, el 36.3% no trabajan en la actualidad, el 20.7% trabajan en la agricultura, el 6.5% se desempeña en un trabajo profesional, técnico o de oficina, el 1.6% trabaja en ventas y servicios, 18.2% realizan un trabajo manual calificado y el 15.5% es no calificado. En las adolescentes de 15 a 19 años, el 13.4% trabaja en la agricultura, 11% en un trabajo profesional, técnico o de oficina, 9.1% trabaja en ventas y servicios, 3.1% realiza un trabajo manual calificado y el 62.7% un trabajo no calificado. ⁽²²⁾

En el presente estudio, con respecto a los y las adolescentes que laboran (56 en total), se encuentra que el 63% (35) lo realizan en el sector informal lo cual genera poco ingreso y sólo un 38% (21) lo realizan en el sector formal. Si se compara por sexo, se encuentra un ligero predominio de las mujeres en el sector formal (20% mujeres vs 18% hombres), mientras que en el sector informal predominan los hombres (41%).

Todo lo anterior indica que el desempleo y la participación de los y las adolescentes en trabajos sin perspectivas de progreso o en ocupaciones circunstanciales sin posibilidades de una carrera estable, contribuye a mantener o prolongar situaciones de desesperanza y de pobreza crítica. ⁽²⁸⁾ Es así como muchos de los y las adolescentes desempleados o subempleados no participan activamente del sistema laboral formal ni están incorporados al sistema educativo. Se integran así al sector informal de la economía o entran en un círculo vicioso donde la falta de educación puede aumentar las dificultades para encontrar empleo. ⁽⁹⁾

Las implicancias de estas situaciones son muy serias, ya que indican que los y las adolescentes con déficit educativos marcados confrontarán situaciones críticas de falta de empleo en el futuro, cuando la sociedad se hará cada vez más compleja, más especializada y más orientada tecnológicamente.

En lo que respecta a los comportamientos de riesgo y diferentes factores que influyen sobre la salud del adolescente se menciona que existen una serie de factores considerados de riesgo, tales como el pertenecer a una familia disfuncional, el mal rendimiento escolar, la baja autoestima, el retraso de la maduración sexual y el inicio temprano de las relaciones sexuales, contribuyen a que los y las adolescentes tengan conductas peligrosas, como por ejemplo la conformación de pandillas juveniles con tendencias delictivas que a su vez incorporan dentro de sus comportamientos el uso de distintos estimulantes, dando lugar a cuadros patológicos y a conductas antisociales o autodestructivas. ⁽³¹⁾

En el presente estudio se encontró que el 97% (22) del total no pertenecen a ningún grupo juvenil o pandilla, solamente un 3% (6) refirió pertenecer a alguna de ellas.

Si se establece la relación de hombre / mujer de los que integran grupos juveniles, se observa que el mayor porcentaje (2%) son hombres.

Dentro de las conductas autodestructivas se encontró que un 8% (19) del total refirieron haber realizado algún intento por suicidarse, siendo esta cifra mucho mayor en las mujeres (15 casos) que en los hombres (4 casos). Entre los principales motivos para llevar a cabo un intento de suicidio, se encuentran los siguientes:

- Depresión
- Problemas familiares
- Incomprensión de los padres
- Embarazo no planificado

A nivel nacional, los intentos de suicidio y los suicidios constituyen causas de morbilidad y mortalidad en la adolescencia. Algunas teorías actuales proponen que tanto factores biológicos como características de la personalidad del adolescente los predisponen al suicidio. La presencia de factores de riesgo junto con situaciones de estrés aumenta la probabilidad de suicidio. Entre esos factores de riesgo están los problemas psiquiátricos, la adicción a drogas o alcohol, los intentos anteriores de suicidio, las situaciones familiares traumáticas, los antecedentes de suicidio en la familia y el incremento de las demandas impuestas por la sociedad.

En lo que respecta al consumo de drogas, el 94% (214) de los adolescentes negaron su consumo y sólo un 6% (14) afirmaron consumirla. El consumo es mucho mayor en el sexo masculino (12 adolescentes) que en el sexo femenino (2 adolescentes). De estos 14 adolescentes que consumen drogas, el 57% (8) empezaron a consumirla entre los 10 - 14 años, mientras que el 43% (6) lo hicieron entre los 15 - 19 años. Las edades de iniciación del consumo de drogas son mucho menores en el sexo masculino que en el femenino. Entre los principales motivos para el consumo de drogas se mencionaron los siguientes: curiosidad, porque le gusta y le da ganas, por problemas con los padres, por probar y por desconocimiento de su consumo.

A nivel nacional en cuanto al uso de drogas, lo más visible es el uso de inhalantes en los niños y adolescentes que viven en las calles, sin embargo, la magnitud del tráfico y consumo de drogas en diferentes medios sociales se ha incrementado. La marihuana, la cocaína y el crack son las drogas de mayor circulación. ⁽²⁶⁾

En lo que respecta a la ingesta de licor, se encuentra que sólo el 19% (44) aceptaron su consumo, teniendo un predominio masculino (35 adolescentes) con respecto al femenino (9 adolescentes). De los 44 adolescentes que refirieron ingerir licor, el 68% (30) empezaron a hacerlo entre los 15 - 19 años y el 32% (14) restante entre los 10 - 14 años. Entre los principales motivos que los llevaron a consumir licor se

destacan: curiosidad, porque le gusta, invitación de los amigos, para probar, por diversión, ganas, falta de atención de los padres, depresión, imitación y por problemas familiares.

Se ha visto que el consumo excesivo del alcohol facilita el abuso de otras drogas y provoca problemas no solo entre quienes lo consumen. Las razones por las cuales los y las adolescentes abusan del alcohol tienen que ver con la característica del mismo de disminuir la ansiedad, el temor y otras fuentes de tensión. ⁽³¹⁾

Cabe mencionar que estos fenómenos no son nuevos, sin embargo han ido en marcado aumento en los últimos años y además están ocurriendo a edades cada vez más tempranas.

En lo que respecta a las prácticas de fumado, sólo el 11% (24) del total refirieron ser fumadores, predominando en el sexo masculino con un 8% (18 adolescentes). En este caso predominan los y las adolescentes que todavía no tienen este hábito (89%). Los y las adolescentes que tienen el hábito de fumar, refirieron haber iniciado en su mayoría (54%) a edades comprendidas entre los 15 y 19 años de edad y un 46% (11) entre los 10 y 14 años. Entre los principales motivos que tienen para fumar, se encuentran los siguientes: curiosidad, porque le gusta, por probar y luego le gusto, invitación de los amigos, imitación de otras personas y nerviosismo.

El hábito de fumar no solo perjudica la salud del adolescente, sino que en las adolescentes embarazadas aumenta el riesgo de dar a luz a hijos de bajo peso al nacer. Aún cuando en algunos países industrializados este hábito ha manifestado un cierto descenso, no ocurre lo mismo en los países en desarrollo, donde su consumo sigue en aumento, notándose también su mayor uso entre las mujeres. ⁽³¹⁾

En Nicaragua se ha observado que los y las adolescentes están iniciando a edades más tempranas el consumo del cigarrillo y del licor, sin importar el medio social del que provienen. El patrón de consumo es el mismo, lo que varía es la marca del tabaco y del licor. ⁽²⁶⁾

Otro componente interesante de analizar en los y las adolescentes es el referido al de la conducta sexual, siendo un fenómeno complejo y que presenta una multiplicidad de facetas interconectadas. La sexualidad no inicia en la adolescencia, sino que es una continuación de fenómenos que se manifiestan desde la niñez y que es potenciada por los cambios hormonales que ocurren en esta etapa, adquiriendo una nueva dimensión y comienza a ser parte fundamental del universo de los y las adolescentes. Es así como se presentan diversos factores que contribuyen al inicio más temprano y al aumento de la actividad sexual en los adolescentes.

En el presente estudio se observó que el 63% (143) de ellos refirieron no tener todavía vida sexual activa y sólo un 37% (85) afirmó tener relaciones sexuales. Si se compara hombres con mujeres, se observa que el porcentaje es mayor en los adolescentes (21%) que ya iniciaron vida sexual que en las adolescentes (17%). De los que ya tienen vida sexual activa, el 51% (43) iniciaron su primera relación sexual entre los 10 - 14 años de edad y el 49% (42) entre los 15 - 19 años de edad. Igualmente, si se compara por sexo, se observa que la edad de inicio de la vida sexual es mucho menor en los hombres que en las mujeres.

Como puede observarse, en la actualidad la temprana iniciación de la actividad sexual en ambos sexo es un fenómeno común en las Américas. En 1996 se estimó que 50% de los adolescentes menores de 17 años eran sexualmente activos en América Latina. En los ocho países cubiertos en las encuestas de demografía y salud, entre 53% y 71% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales antes de los 20 años. ⁽³²⁾

El inicio de la actividad sexual antes de los 15 años muestra variaciones importantes, con porcentajes entre menos del 5% (Paraguay, 1990) y más del 15% (Nicaragua, 1992 - 1993). Según ENDESA - 1998, en el grupo de mujeres de 15 - 19 años el 12.2% tuvo su primera relación antes de los 20 años y en el sexo masculino fue del 30.3%. ⁽²²⁾

Asimismo, cuanto más pronto se inicia la vida sexual es más probable que las personas tengan más parejas sexuales en su vida y un mayor número de parejas recientes. En el presente estudio se observó que de los que tienen relaciones sexuales, el 46% (39) refirió haber tenido hasta el momento 3 o mas parejas sexuales, un 32% (27) una pareja sexual y el 22% (19) dos parejas sexuales.

Otro aspecto ligado a la sexualidad y la reproducción es la anticoncepción en la adolescencia. En muchos países más de la mitad tienen relaciones sexuales sin protección antes de los 16 años. Los y las adolescentes, por lo general tienden a usar menos anticonceptivos en forma sistemática o correcta en comparación con los adultos, probablemente tengan escaso conocimiento de la fisiología reproductiva y de la anticoncepción, pero por lo común se resisten a formular preguntas, ignorando la importancia de la anticoncepción a su edad la que se hace necesaria para la prevención de un embarazo no planificado así como también para la protección de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH / SIDA. ⁽¹³⁾

En el presente estudio con relación a los conocimientos y usos de anticonceptivos por los y las adolescentes se encontró que un 68% (156 adolescentes) del total refirieron conocer o haber oído hablar de las pastillas o píldoras anticonceptivas,

En lo que respecta a la accesibilidad de los y las adolescentes a la anticoncepción se encuentra que de los 62 adolescentes que usan actualmente métodos anticonceptivos, el 35% (22) de ellos los adquieren en la farmacia, 16% (10) en el Hospital y en el Mercado, siendo mínima la adquisición en Centros y Puestos de Salud (6%). Hay adolescentes que no adquieren los métodos anticonceptivos en establecimientos del Ministerio de Salud (48 adolescentes) y entre las principales razones por las que no acuden a estos servicios se menciona la inexistencia de métodos de su preferencia en el MINSA, la calumnia a que pueden ser sometidos por parte del personal de salud y porque no les gusta ir a estos establecimientos.

Diversos estudios, muestran que el restringido acceso de las adolescentes solteras a métodos anticonceptivos las hace conformar una población excluida de dicho derecho. Las estimaciones de necesidades insatisfechas existentes presentan dos dificultades para las adolescentes: por una parte, solo abarcan a mujeres casadas en necesidad de procrear, y por otra parte no incorporan necesidades más amplias en materia de Salud Reproductiva lo que a su vez se ve afectado por la barrera impuesta por lo prejuicios del personal de salud.

Otro aspecto que llama la atención en el acceso y uso de la anticoncepción en la adolescencia, es con respecto a quien les brinda información sobre anticoncepción y se encuentra que de los 228 adolescentes entrevistados, un 34% (77) obtienen la información proveniente de los amigos, un 31% (71) a través de otros (SSL y promotores), un 21% (49) a través de la radio. En este sentido es notorio la poca participación y rol que tiene el personal de salud, los profesores y los padres como fuentes fidedignas de información, lo cual se ve determinado por el nivel de confianza que tengan los y las adolescentes en cada uno de estos grupos.

Unido al comportamiento sexual y el uso de la anticoncepción, se encuentra el comportamiento reproductivo de los y las adolescentes. El embarazo en las adolescentes, cuyo número ha aumentado notablemente en épocas recientes, constituye una de las preocupaciones médicas más importantes relacionadas con la conducta sexual de los mismos. Una de las razones que explica el aumento de los embarazos en las adolescentes es el hecho de que el crecimiento de la población sexualmente activa no se ha acompañado del aumento en el uso de métodos anticonceptivos adecuados. (1, 32)

En el presente estudio, de las adolescentes que ya han iniciado vida sexual activa (38 adolescentes), 56% (22) tenían historia de embarazo de las cuales el 64% habían estado embarazadas en el último año. De las que habían estado embarazadas (22 adolescentes), solamente el 23% (5 adolescentes) refirieron haber tenido alguna complicación durante el embarazo siendo las complicaciones encontradas la anemia y el aborto.

ENDESA - 1998 revela en su distribución porcentual una tasa de fecundidad del 18% para el grupo etáreo de 15 - 19 años. (22) Otro dato interesante de revelar es la relación existente entre procedencia y embarazo. Según INEC 1999 en Nicaragua hay por cada dos adolescentes embarazadas en el área urbana, existen tres en igual condición en el área rural. (26)

ENDESA - 2001 menciona que la fecundidad en las adolescentes reviste particular importancia por la incidencia en el nivel de toda la fecundidad y porque este grupo aporta con nacimientos de mayor riesgo. En esta encuesta, el valor estimado para el período 1998 - 2001 es de 119 nacimientos por cada mil mujeres de 15 - 19 años, valor que es un promedio de tasas muy diferentes según el área de residencia, obteniéndose una tasa de 99 nacimientos por cada mil mujeres de 15 - 19 años en el área urbana y de 153 nacimientos por cada mil mujeres de 15 - 19 años en el área rural (la fecundidad de las adolescentes rurales supera en más del 60% a la fecundidad de las adolescentes urbanas). (22)

Si se compara con ENDESA - 1998 en donde la tasa de fecundidad adolescente era de 130 por mil, se observa un ligero descenso de esta fecundidad de un poco más del 8%. Un resultado que se puede calificar de favorable es que no ha seguido en aumento el peso de la fecundidad adolescente (este peso que era de 16% en ESDENIC - 1985, pasó al 18% en la ENDESA - 1998 y prácticamente se mantiene en ese valor en ENDESA 2001).

En este mismo estudio se refleja que de las 38 adolescentes que ya habían iniciado vida sexual activa, sólo 22 de ellas tenían hijos representando un 58% del total. De las 22 adolescentes que en algún momento habían estado o estaban embarazadas, el 68% (15) refirieron haber acudido a los servicios del MINSA para la atención de su embarazo, parto y puerperio. Solamente un 32% (7) no hicieron acudieron a éstos, siendo las principales razones de inasistencia: la mala atención, no quieren ir allí, falta de privacidad, inseguridad en la atención y porque la atención no es esmerada ni rápida.

Según ENDESA - 2001, el porcentaje de las mujeres de 15 - 19 años que ya son madres o están embarazadas constituían en la ESF - 1993 un 32%, un 27% en la ENDESA - 1998 y un 25% en ENDESA - 2001. Si bien se trata de un porcentaje sumamente elevado, es importante destacar que en unos 8 años se pasó de cerca de un tercio de adolescentes madres o embarazadas, a un cuarto. (22)

Asimismo, se ha visto que es menos probable que las adolescentes traten de obtener atención prenatal temprana y que con frecuencia no reconozcan complicaciones del embarazo. Sin atención prenatal, las adolescentes pierden los

beneficios de la orientación general que contribuye a un embarazo saludable. Aunque las complicaciones mencionadas en el presente estudio, son las que se observan como visibles a corto tiempo, a menudo los resultados son trágicos, como por ejemplo, niños abandonados, educación interrumpida, aborto ilegal, muertes maternas y aún suicidio cuando esto es valorado a largo plazo.

Entre las complicaciones de un embarazo en la adolescencia sea éste planificado o no, deseado o no, puede encontrarse la presencia de un aborto, siendo su expresión mas impactante el aborto realizado en condiciones inseguras. De las 22 adolescentes que tenían antecedentes de embarazo, el 50% refirió que había sido deseado y el otro 50% no lo habían deseado. Unido a lo anterior, 5 de ellas confirmaron haber tenido un aborto como antecedente. De estas 5 adolescentes, en 2 casos fue voluntario mientras que en las 3 restantes había sido espontáneo. De los 5 casos en que se presentaron interrupciones del embarazo, 3 de los casos buscaron atención médica, 1 de ellos no buscó atención médica y 1 caso se desconoce la búsqueda de atención. En el caso en que no se buscó atención médico refirieron que es porque no hubo necesidad. Las causas que motivaron la interrupción voluntaria, las causas referidas fueron por pelea con su pareja y para que la familia no se diera cuenta que estaba embarazada.

Considerando que un gran número de los embarazos adolescentes son no planificados ni deseados, la recurrencia al aborto no es inhabitual. Las razones que llevan a las adolescentes a plantearse un aborto son múltiples y van desde problemas de salud, pobreza, abandona de la pareja, violación sexual, no acceso a métodos anticonceptivos, falla del anticonceptivo, hasta el temor de asumir ante los padres un embarazo. Asimismo, la censura social que existe sobre la actividad sexual de los y las adolescentes, determinan que las muchachas escondan su embarazo hasta etapas avanzadas, lo que hace que la práctica abortiva sea entonces más peligrosa. ⁽¹⁷⁾

Las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA constituyen también importantes problemas de salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Diversos estudios revelan que uno de cada 20 jóvenes contrae una Infección de Transmisión Sexual. Esta situación es particularmente crítica en las adolescentes debido a sus escasas condiciones para negociar las situaciones en que se dan las relaciones, por su condición subordinada, su limitada asertividad y autodeterminación para controlar y decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y reproducción y asegurar la protección contra el contagio de las ITS/VIH/SIDA.

En el presente estudio, de los que ya habían iniciado vida sexual activa (85 adolescentes) el 49% refirió no haber padecido sintomatología alguna relacionada con infecciones genitales, por lo tanto el 51% presentaba dicho antecedente.

Cuando se compara entre sexos, se observa que la sintomatología relacionada con las ITS es más frecuente en las mujeres que en los hombres, aunque la mayor cantidad de casos se reporta en varones. De los que presentaron alguna sintomatología, el 67% buscaron atención médica y el 33% restante no lo realizó. Entre las razones por las que no buscan atención médica se encuentran: calumnias del personal de salud, pena y porque no le gusta. Otras causas son la demora en la atención y la inseguridad en los servicios de salud.

En Nicaragua, un poco más del 30% de los casos de Infecciones de Transmisión sexual notificados al Ministerio de Salud en 2005 eran de adolescentes. Sin embargo en el caso del condiloma acuminado, de cada 10 casos notificados 4 son adolescentes. ⁽²⁶⁾

Se ha visto que el contagio de enfermedades de transmisión sexual a edades tempranas coincide con un temprano inicio en la vida sexual, situación que se agrava dada la falta de acceso independiente a servicios de información y atención en salud preventiva para estos adolescentes.

Al igual que las ITS tienen su impacto en la salud de las y los adolescentes, la violencia e historias de abusos tienen su importancia dentro de los mismos, no solo por las consecuencias inmediatas sino también por las consecuencias a largo plazo y sobre todo por el proceso de revictimización que constantemente están sufriendo. Las consecuencias en estos casos pueden ser serias y las víctimas pueden caer en una espiral desesperanzada de depresión, aislamiento, promiscuidad y prostitución.

En el presente estudio se encontró que de los 228 adolescentes entrevistados, solo el 17% (30) refirieron tener antecedentes de haber sido manoseados sin su consentimiento. La persona responsable de dicho acto, en el 28% (11 adolescentes) de los casos señalaron a un amigo/a; seguido por el padrastro en un 21% y un desconocido (18%).

En relación al la violencia física, se encuentra que un 24% del total (55 adolescentes) han sufrido violencia física, no encontrándose diferencias porcentuales en lo que respecta al sexo. De los 228 adolescentes, solamente el 4% (9 adolescentes) refirieron haber sido victimas de la violencia sexual, en donde estos 9 casos pertenecen al sexo femenino.

En lo que respecta a la búsqueda de ayuda, de un total de 64 adolescentes que habían sufrido violencia física y/o sexual, solamente el 17% (11 adolescentes) refirieron haber buscado ayuda. De los 11 adolescentes que refirieron haber

buscado ayuda, el 45% (5 adolescentes) refirieron haber acudido a familiares y 27% (3 adolescentes) a la Policía.

A nivel nacional, ENDESA – 1998 revela una prevalencia del 17.2% de violencia física y un 4.9% de violencia sexual en el último año, coincidiendo con los datos obtenidos en el presente estudio. (22) Asimismo se menciona que una de cada tres mujeres en Nicaragua ha sufrido violencia física de parte del esposo o compañero y una de cada 10 abusos sexuales. En las adolescentes que alguna vez han estado unidas se encontró que una de cada 4 habían sufrido violencia física y una de cada 12 había sido víctima de violencia sexual. (26)

En lo que respecta al abuso sexual a las niñas y adolescentes, se menciona que una de cada 10 mujeres ha sufrido abuso sexual de parte de una persona distinta a su pareja y la mitad de ellas lo sufrió antes de los 12 años. La tercera parte de los casos de abuso sexual fueron efectuados por algún familiar, sin embargo, uno de cada 5 casos en menores de 12 años fue cometido por el padre o el padrastro. (26)

Como puede observarse, el abuso físico, psicológico y sexual de las y los adolescentes comienza frecuentemente durante la niñez y son a veces las madres o los padres quienes los llevan a cabo contra sus hijos. Unido a lo anterior, se ha visto que es difícil determinar la incidencia de este tipo de delitos, ya que además del evidente subregistro las cifras varían de acuerdo a quienes obtuvieron la información y a quienes brindaron la misma.

La presencia marcada de una serie de problemas de salud reproductiva en los y las adolescentes hace necesario la existencia de una amplia gama de servicios de salud que den respuesta de una forma integral a las demandas de este grupo poblacional

En el presente estudio, al abordar el uso de los servicios de salud por parte de los y las adolescentes de Siuna, se encontró que solo un 65% de ellos acuden a los servicios de salud del MINSA cuando se enferman, un 21% acude a clínicas privadas. Puede observarse un 35% (81 adolescentes) que no utilizan los servicios de salud del Ministerio de Salud siendo las principales razones del no uso la demora en la atención, la falta de medicamentos, porque no les gusta y por las calumnias de los trabajadores de la salud.

Como puede observarse sigue siendo notoria la falta de atractivo de los servicios de salud para los y las adolescentes. Lamentablemente quienes más necesitan ayuda muchas veces son quienes menos la buscan, como ocurre con muchos adolescentes sobre todo de los estratos más pobres, los pertenecientes a minorías étnicas o sociales, los sin hogar y los desempleados.

La organización de servicios de salud para adolescentes debe tener en cuenta los múltiples aspectos involucrados. De allí la necesidad de integrar no solo diferentes disciplinas médicas en su atención, sino de conectar los servicios médicos con los servicios sociales, educacionales, legales y con aquellas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que pueden ofrecer apoyo financiero, capacitación técnica y posibilidades de empleo a los y las adolescentes.

X. CONCLUSIONES

- Predominan adolescentes con religión católica sin distinción de sexo; en su mayoría son solteros sobre todo en el sexo masculino. Un buen porcentaje sabe leer y escribir, la mayoría se encuentra en la secundaria sin haberla concluido y se observa que las mujeres han alcanzado mejores niveles de escolaridad que los hombres. En su mayoría su ocupación primordial es estudiar, sin embargo un porcentaje importante trabaja y además estudian, predominando la actividad laboral en los hombres mientras que la educativa en las mujeres. Las adolescentes que trabajan tienden a ubicarse principalmente en el mercado formal mientras que los adolescentes en el informal.
- En relación a las características conductuales se encuentra que solamente un porcentaje mínimo están organizados en pandillas. El intento de suicidio representa un 8% asociado sobre todo al sexo femenino, siendo las principales causas la depresión, los problemas familiares y la incomprensión de la familia. El consumo de drogas es poco referido, predominando en el sexo masculino quienes iniciaron su consumo a edades tempranas, siendo su principal causa la curiosidad. La ingesta de licor y la práctica de fumado son más frecuentes, predominan en varones y sus causas se asocian a la curiosidad, iniciando su práctica a edades más avanzadas.
- En la conducta sexual, casi un tercio han iniciado vida sexual activa. De estos un poco más de la mitad iniciaron a edades temprana entre 10-14 años con predominio en los varones lo que hace que tengan más parejas sexuales que las mujeres.
- Más de la mitad han oído hablar de algún método anticonceptivo, siendo los más conocidos las pastillas, el condón y las inyecciones. Cerca del 90% reconoce la necesidad de la anticoncepción, sin embargo es menor el porcentaje de adolescentes que la utilizan. La anticoncepción predomina en los varones por lo que el método más utilizado es el condón. La finalidad de uso en su mayoría es para la prevención del embarazo. La mayoría de ellos adquieren los métodos anticonceptivos en las farmacias. Entre las razones por las que no los obtienen en las Unidades de Salud se encuentran el

desabastecimiento, la pena y el miedo a las calumnias por parte del personal de salud. La principal fuente de información sobre anticoncepción son los mismos amigos.

- Hay un alto porcentaje de embarazos en adolescentes, lo cuales en su mayoría son atendidos durante se embarazo, parto y puerperio en las Unidades de Salud, mientras que las que no asistieron, refirieron que fue por la mala atención.
- La mitad de los embarazos ocurridos fueron deseados mientras que la otra mitad no deseados ya que no fueron planificados por ellos. A pesar de que la proporción de embarazos no deseados es alta, la cantidad de interrupciones voluntarias es mínima lo cual está determinado por la estabilidad de la pareja y las relaciones familiares.
- Un alto porcentaje de adolescentes con vida sexual activa han presentado signos y síntomas asociados a infecciones genitales. En las adolescentes predominó la salida de secreciones por los genitales mientras que en los adolescentes la presencia de granos y úlceras en genitales. Buena parte acuden a los servicios de salud y entre las principales razones para no asistir se encuentra las calumnias del personal de salud.
- La prevalencia de las diferentes formas de violencia es baja. De los que sufren alguna de las formas de violencia, es mínimo el porcentaje que busca ayuda. Los victimarios son personas conocidas en la mayoría de los casos (amigos, padrastrós).
- Un poco más de un tercio de los/las adolescentes no utilizan los Servicios de Salud que brinda el Ministerio de Salud. Entre los principales motivos se encuentran la demora en la atención; la falta de medicamentos y porque no les gusta.

XI. RECOMENDACIONES

1. Que las organizaciones que se encuentran trabajando con los/las adolescentes a nivel local involucren en sus actividades educativas e informativas no solo la temática de salud sexual y reproductiva sino todos los otros tópicos que de una u otra forma pueden constituir factores determinantes de la salud de los y las adolescentes.
2. Partiendo que las Unidades de Salud del Ministerio de Salud son los establecimientos públicos donde más acuden los y las adolescentes en busca de servicios e información de salud reproductiva, debe aprovecharse esta situación para realizar campañas educativas en coordinación sostenida y organizada con todas las organizaciones comunitarias para una mayor cobertura brindada a los adolescentes que demandan los servicios.
3. Desde el punto de vista de conocimiento teórico los y las adolescentes tienen algún dominio de los temas relacionados con su salud, sin embargo no hay correlación del conocimiento y la práctica probablemente porque las actividades educativas impartidas no están basadas en la experiencia cotidiana de los mismos, por lo que sería conveniente que las organizaciones y el Ministerio de Salud dirijan sus esfuerzos hacia ejes de enseñanza de prácticas que preserven intacta su salud, que son aspectos en los que se evidencia la débil afirmación práctica de la teoría.
4. Las actividades educativas deben estar dirigidas a la desconstrucción de patrones culturales machistas, que según los hallazgos de este estudio se siguen reproduciendo en los roles genéricos dispuestos por una sociedad patriarcal, lo que reafirma una conducta machista en la generación de relevo.
5. La información y educación que los y las adolescentes deben recibir sobre sus principales problemas de salud sexual y reproductiva obliga a involucrar todos los factores condicionantes a fin de motivar la aplicación de medidas preventivas a través de la búsqueda oportuna de los servicios de salud.
6. Los Servicios de Salud deberían estar organizados de tal forma que sean amigables hacia este grupo poblacional, contando con personal capacitado y con el abastecimiento técnico material necesario para satisfacer las demandas de atención que estos requieren.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Alan Guttmacher Institute. Adolescentes de hoy; Padres del mañana: Un perfil de las Américas. Washington, D. C. 1990.
2. Alan Guttmacher Institute. Facts in brief: teenage Reproductive Health in the United States. New York. 1994.
3. Amador Ma. Lourdes y cols. Conocimientos, actitudes prácticas en Adolescentes de los Barrios Hialeah y Sierra Maestra. Managua, Nicaragua Enero - febrero 1998.
4. Anzola Pérez, E; Chelala, C.A. Violencia, Accidentes Traumatismos en la Región de las Américas: Ellos son prevenibles. Juego de documentos preparados para el Día Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1993.
5. Borge P. Alfredo. Embarazo en Adolescente: Complicaciones Obstétricas y Perinatales. Hospital Fernando Vélaz Paiz. Managua, Nicaragua. Octubre 1999.
6. Centro de Estudios de Población. Recomendaciones para la atención integral de los y las adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Serie OPS/FNUAP No. 2. Buenos Aires, Argentina. Diciembre 2000.
7. CEPAL: Panorama social de América Latina. Santiago de Chile. 1995
8. CEPAL: Juventud, Población y Desarrollo en América latina y el Caribe. México 2000
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Situación y perspectivas de la Juventud en América Latina. Reunión Regional Latinoamericana preparatoria para el Año Internacional de la Juventud. Costa Rica. 1983.
10. Donas Burak, Solum. Marco Epidemiológico Conceptual de la Salud Integral del Adolescente. OPS, OMS. San José, Costa Rica. 1995.
11. Emamns Jean Heriot y cols. Ginecología en Pediatría y la Adolescencia. 4ta. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México 2000.

12. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Serie de indicadores de población 1: Indicadores seleccionados sobre Adolescentes en América Latina y el Caribe. 1997.
13. Hernández, Maribel; Pavón, Martha. Tesis: Situación de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes del Área 3.2 de Managua. Maestría Salud Sexual y Reproductiva. UNAN Managua. 2000.
14. Hurlock, Elizabeth. Psicología de la Adolescencia. México 1997.
15. Logos Aguirre y cols. Características del Parto en Adolescentes. Hospital Berta Calderón Roque. Managua, Nicaragua. Noviembre 1994.
16. Marengo Auxiliadora y cols. Apuntes de Sexualidad Humana. Managua, Nicaragua. 1997.
17. Meacham, Deborah. Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes. El Desafío del 2000. Revista Mujer Salud.
18. Medina, Tomasita y cols. Programas Educativos en Salud Sexual y Reproductivo. Prácticas Comunitarias en salud Sexual y Reproductiva. Managua, Nicaragua. 1998.
19. Morales William; Rivas, Francisca. Tesis: Características del comportamiento sexual en las estudiantes de la preparatoria del turno nocturno de la UNAN Managua, Nicaragua. 2000.
20. Movimiento de Mujeres de Nicaragua. De Beijing a Nueva York. Balance del Movimiento de Mujeres de Nicaragua sobre los compromisos de Beijing. Beijing + 5. 2000.
21. Network en Español. La Educación retrasa el inicio de la vida sexual. 1997.
22. Nicaragua. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censo. Encuesta de Demografía y Salud. Managua, 1998 - 2001.
23. Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual de Salud Reproductiva. Primera Edición. Managua. 1996.

24. Nicaragua. Ministerio de Salud. Departamento de Atención Integral a la Adolescencia. Situación de los y las Adolescentes en Nicaragua. Recopilación Bibliográfica. Managua, 1998.
25. Nicaragua. Ministerio de Salud. Departamento de Atención Integral a la Adolescencia. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Bases Programáticas. 2da. Ed. MINSA/OPS/OMS/ASDI. Agosto 2000.)
26. Nicaragua. Ministerio de Salud. Departamento de Atención Integral a la Adolescencia. Diagnóstico de Situación de la Adolescencia en Nicaragua. Managua. OPS/OMS. Octubre 2000.
27. Nicaragua. Ministerio de Salud. Departamento de Atención Integral a la Adolescencia. Boletín *ENTERATE*. Año 1. No. 3 Septiembre – Octubre del 2000.
28. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos No. 731. Young people's health – a challenge to society. Ginebra 1986.
29. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la Adolescencia. Causas, Riesgos y Opciones. Cuaderno Técnico No 12. Washington, D.C. 1988.
30. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los Adolescentes. Condiciones de Salud en las Américas. Volumen 1. 1990.
31. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Comunicación para la salud No. 6. Washington D.C. 1995.
32. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Publicación Científica No. 569. Washington, D.C. 1998.
33. Pizarro, Ana Maria y col. Atención Humanizada del aborto y del aborto inseguro. SI MUJER. 1ra Ed. Managua. Septiembre 1997.
34. Yunes, Joao. Mortalidad y Morbilidad en la Adolescencia, en Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. 1992.

XIII. ANEXOS

Cuadro No.1
Características Sociodemográficas de los/las Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua
Agosto - Noviembre 2006

CARACTERISITCAS SOCIODMEOGRAFICAS		SEXO				TOTAL n = 228	
		MASCULINO n = 114		FEMENINO n = 114			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Edad	10-14	57	25	57	25	114	50
	15-19	57	25	57	25	114	50
Religión	Catolica	86	38	86	38	172	75
	Evangelica	12	5	18	8	30	13
	Ninguna	13	6	7	3	20	9
	Otra	3	1	3	1	6	3
Estado Civil	Soltero/a	105	46	98	43	203	89
	Casado/a	2	1	3	1	5	2
	Union Estable	7	3	12	5	19	8
	Otro			1	0	1	0
Lee y Escribe	Si	107	47	107	47	214	94
	No	7	3	7	3	14	6
Estudia actualmente	Si	86	38	88	39	174	77
	No	28	12	25	11	53	23
Nivel de Escolaridad	Primaria incompleta	25	14	21	12	46	26
	Primaria completa	6	3	6	3	12	7
	Secundaria incompleta	52	30	55	31	107	61
	Secundaria completa	2	1	3	2	5	3
	Tecnico, Universidad	2	1	3	2	5	3
Estado ocupacional	Estudia	76	33	74	32	150	66
	Trabaja	22	10	10	4	32	14
	Estudia y trabaja	10	4	14	6	24	11
	No estudia ni trabaja	6	3	16	7	22	10
Sector Laboral	Sector formal	10	18	11	20	21	38
	Sector informal	22	39	13	23	35	62

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006



Cuadro No. 2
Comportamientos de Riesgo de los/las Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua.
Agosto - Noviembre 2006

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Integrante de grupo juvenil (Pandilla)	Si	5	2	1	0	6	3
	No	109	48	113	50	222	97
Total		114	50	114	50	228	100
Intento de suicidio	Si	4	2	15	7	19	8
	No	110	48	99	43	209	92
Total		114	50	114	50	228	100
Motivo del intento de suicidio	Padres estrictos			1	5	1	5
	Estaba embarazada			1	5	1	5
	Decepcion	1	5			1	5
	Desesperacion			1	5	1	5
	Problemas familiares	1	5	2	11	3	16
	Incomprension de padres			2	11	2	11
	Regaño por notas bajas			1	5	1	5
	Regaño de mi familia			2	11	2	11
	Depresion	2	11	2	11	4	21
	Problemas personales			1	5	1	5
	Pelea con el/la novi@			1	5	1	5
	Curiosidad			1	5	1	5
Total		4	21	15	79	19	100

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006.

Cuadro No. 3
Consumo de Drogas por Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte Nicaragua.
Agosto - Noviembre 2006

CONSUMO DE DROGAS		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Consumo de drogas	Si	12	5	2	1	14	6
	No	102	45	112	49	214	94
Total		114	50	114	50	228	100
Desde que edad	10-14a	7	50	1	7	8	57
	15-19a	5	36	1	7	6	43
Total		12	86	2	14	14	100
Motivos para consumir dorgas	me gusta	3	21			3	21
	problemas con padres	1	7			1	7
	curiosidad	5	36			5	36
	ganas	2	14	1	7	3	21
	probar			1	7	1	7
	no se	1	7			1	7
Total		12	86	2	14	14	100

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 4
Consumo de Licor por Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua
Agosto - Noviembre 2006

CONSUMO DE LICOR		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc	%	Fc	%	Fc	%
Ingesta de Licor	Si	35	15	9	4	44	19
	No	79	35	105	46	184	81
Total		114	50	114	50	228	100
Desde que edad?	10-14a	13	30	1	2	14	32
	15-19	23	52	7	16	30	68
Total		36	82	8	18	44	100
Motivo	Me gusta	8	18	2	5	10	23
	Invitación	7	16	0	0	7	16
	Gana y gusto	2	5	1	2	3	7
	Para probar	2	5	2	5	4	9
	Falta de atencion de padres	1	2	0	0	1	2
	Depresion	1	2	0	0	1	2
	Imitación	0	0	1	2	1	2
	Curiosidad	11	25	1	2	12	27
	Diversión	3	7	1	2	4	9
	Problemas familiares	1	2	0	0	1	2
Total		36	82	8	18	44	100
Cantidad ingerida	1- 5 tragos	9	20	2	5	11	25
	1/2 botella	3	7	1	2	4	9
	1 botella	4	9	0	0	4	9
	Mas de una botella	6	14	0	0	6	14
	1-5 cervezas	10	23	2	5	12	27
	mas de 5 cervezas	4	9	3	7	7	16
Total		36	82	8	18	44	100

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 5
Hábito de Fumado de los/las Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua
Agosto - Noviembre 2006

HABITO DE FUMADO		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Fumado	Si	18	8	6	3	24	11
	No	96	42	108	47	204	89
Total		114	50	114	50	228	100
Desde que edad	10-14a	8	33	3	13	11	46
	15-19a	10	42	3	13	13	54
Total		18	75	6	25	24	100
Motivo	Me gusta	5	21	2	8	7	29
	Imitar a otras personas	1	4	0	0	1	4
	Nerviosismo	1	4	0	0	1	4
	Probé y me gusto	1	4	2	8	3	13
	Curiosidad	7	29	2	8	9	38
	Invitacion	2	8	0	0	2	8
	Ninguno	1	4	0	0	1	4
Total		18	75	6	25	24	100
Cantidad de cigarrillos fumados	1-5 al dia	10	42	5	21	15	63
	5-10 al dia	6	25	1	4	7	29
	10-20 al dia	2	8	0	0	2	8
Total		18	75	6	25	24	100

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 6
Conducta Sexual de los/las Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua.
Agosto - Noviembre 2006

CONDUCTA SEXUAL		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Vida Sexual Activa	Si	47	21	38	17	85	37
	No	67	29	76	33	143	63
Total		114	50	114	50	228	100
Inicio de vida sexual activa	10 - 14 años	24	28	19	22	43	51
	15 - 19 años	23	27	19	22	42	49
Total		47	55	38	45	85	100
Número de parejas sexuales	1	7	8	20	24	27	32
	2	9	11	10	12	19	22
	3	31	36	8	9	39	46
Total		47	55	38	45	85	100
Tipo de práctica sexual	Vaginal	44	52	37	44	81	95
	Oral	10	12	2	2	12	14
	Anal	2	2			2	2
	No responde	3	4	1	1	4	5

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 7
Anticoncepción en la Adolescencia.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua.
Agosto - Noviembre 2006

ANTICONCEPCION		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Métodos Anticonceptivos Conocidos	Pastillas	68	60	88	77	156	68
	DIU	31	27	41	36	72	32
	Inyecciones	58	51	72	63	130	57
	Condón	86	75	67	59	153	67
	Esterilización Qx	22	19	31	27	53	23
	Ritmo	18	16	22	19	40	18
	Coito interrupto	16	14	18	16	34	15
	Otros	6	5	11	10	17	7
Necesidad de utilizar métodos anticonceptivos	Si	43	51	33	39	76	89
	No	1	1	1	1	2	2
	No sabe	3	4	4	5	7	8
Total		47	55	38	45	85	100
Utilización actual de métodos anticonceptivos	Si	35	41	27	32	62	73
	No	12	14	11	13	23	27
Total		47	55	38	45	85	100
Método anticonceptivo utilizado en la actualidad	Pastillas	2	3	13	21	15	24
	DIU	1	2			1	2
	Inyecciones	4	6	14	23	18	29
	Condon	28	45			28	45
Total		35	56	27	44	62	100
Razón de uso del método	Prevenir embarazo	27	66	23	72	50	81
	Prevenir ETS	18	44	2	6	20	32
	Evitar problemas	11	27	3	9	14	23
	La pareja lo solicita	4	10	1	3	5	8
	Otras	1	2			1	2

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 8
Accesibilidad a la Anticoncepción en Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua.
Agosto - Noviembre 2008

ACCESIBILIDAD A LA ANTICONCEPCION		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Lugar en donde adquiere los métodos anticonceptivos	Hospital	5	8	5	8	10	16
	C/S o P/S	3	5	1	2	4	6
	Consultorio priv.	3	5	3	5	6	10
	Farmacia	10	16	12	19	22	35
	Mercado	6	10	4	6	10	16
	Promotores	4	6	1	2	5	8
	Otros	4	6	1	2	5	8
Total		35	56	27	44	62	100
Razones por las que no los adquiere en el MINSA	No hay	6	13	11	23	17	35
	Mejor comprarlo	1	2	1	2	2	4
	Nunca he ido	4	8	1	2	5	10
	No les gusta	2	4	1	2	3	6
	Hay en casa	1	2	1	2	2	4
	Por la calumnea	5	10	2	4	7	15
	No sabe	1	2			1	2
	Le da pena	6	13	1	2	7	15
	Falta de metodo			2	4	2	4
	No me lo dan	1	2			1	2
	Se demoran			1	2	1	2
Total		27	56	21	44	48	100
Quien les brinda información	Personal de salud	7	47	8	53	15	7
	Profesores	10	56	8	44	18	8
	Padres	11	42	15	58	26	11
	Familiares	10	33	20	67	30	13
	Amigos	45	58	32	42	77	34
	TV / radio	27	55	22	45	49	21
	Otros	29	41	42	59	71	31

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 9
Antecedentes de Embarazo en Adolescentes.
Siuna - Atlántic Norte - Nicaragua.
Agosto - Noviembre 2006

HISTORIA DE EMBARAZO		Fc.	%
Antecedentes de Embarazo	Si	22	56
	No	16	42
Total		38	100
Embarazo en el último año	Si	14	64
	No	8	36
Total		22	100
Número de hijos	1	18	82
	2	4	18
Total		22	100
Número de hijos vivos y muertos	1vivo	15	68
	2vivo	4	18
	1muerto	3	14
Total		22	100
Atención del embarazo, parto y puerperio en el MINSA	Si	15	68
	No	7	32
Total		22	100
Razones para no acudir a los servicios del MINSA	Atienden mal	2	29
	No hay privacidad	1	14
	No quiero ir al MINSA	2	29
	Por seguridad	1	14
	No es rápido	1	14
Total		7	100
Complicación en el primer embarazo	Si	5	23
	No	17	77
Total		22	100
Tipo de complicación	Anemia	4	80
	Aborto	1	20
Total		5	100

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 10
Antecedentes de Aborto en Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua
Agosto - Noviembre 2006

ANTECEDENTES DE ABORTO		Fc.	%
El primer embarazo fue deseado?	Si	11	50
	No	11	50
Total		22	100
Antecedentes de interrupción del embarazo	Si	5	23
	No	17	77
Total		22	100
Tipo de interrupción (aborto)	Voluntario	2	40
	Espontaneo	3	60
Total		5	100
Búsqueda de atención médica	Si	4	80
	No	1	20
Total		5	100
Razones de no búsqueda de atención	No hubo necesidad	1	100
Total		1	100
Razón de la interrupción voluntaria	Pelea con la pareja	1	50
	Para que la familia no se diera cuenta	1	50
Total		2	100

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 11
Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua.
Agosto - Noviembre 2006

ANTECEDENTES DE ITS		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Presencia de signos y síntomas	Secrecion en organos genitales	5	11	18	47	23	27
	Picazon en organos genitales	12	26	16	42	28	33
	Dolor en la relaciones sexuales	2	4	12	32	14	16
	Granos y ulceras en genitales	8	17	2	5	10	12
	No ha padecido	23	49	19	50	42	49
Total		47	100	38	100	85	100
Búsqueda de atención médica	Si	18	75	11	58	29	67
	No	6	25	8	42	14	33
Total		24	100	19	100	43	100
Lugar de la atención médica	Clinica de la mujer	5	28	6	55	11	38
	MINSA	9	50	3	27	12	41
	Amig@	4	22	2	18	6	21
Total		18	100	11	100	29	100
Razones para no buscar atención médica en el MINSA	Pena			2	25	2	14
	Padres no lo llevaron	1	17			1	7
	No le gusta	1	17			1	7
	Inseguridad			1	13	1	7
	Demoran en atenderte	1	17	2	25	3	21
	Calumneas del personal salud	3	50	3	38	6	43
Total		6	100	8	100	14	100

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 12
Historia de Violencia en Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua
Agosto - Noviembre 2006

HISTORIA DE VIOLENCIA		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Antecedentes de manoseo sin su consentimiento	Si	17	7	22	10	39	17
	No	97	43	92	40	189	83
Total		114	50	114	50	228	100
Persona responsable	Familiar	3	18	3	14	6	15
	Desconocido	3	18	4	18	7	18
	Amigo/a	7	41	4	18	11	28
	Novio/a	3	18	2	9	5	13
	Padrastro	1	6	7	32	8	21
	Otro			1	5	1	3
	No responde			1	5	1	3
Total		17	100	22	100	39	100
Víctima de Violencia Física	Si	27	12	28	12	55	24
	No	87	38	86	38	173	76
Total		114	50	114	50	228	100
Víctima de Violencia Sexual	Si			9	4	9	4
	No	114	50	105	46	219	96
Total		114	50	114	50	228	100
Búsqueda de ayuda	Si	5	9	6	11	11	17
	No	22	36	31	42	53	83
Total		27	47	37	53	64	100
Quién le ha brindado ayuda?	Amigos			1	9	1	9
	Familia	3	27	2	18	5	45
	Policia	2	18	1	9	3	27
	Lider estudiantil			1	9	1	9
	Mi Familia			1	9	1	9

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

Cuadro No. 13
Uso de los Servicios de Salud por Adolescentes.
Siuna - Atlántico Norte - Nicaragua.
Agosto - Noviembre 2006

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMENINO			
		Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Lugares a los que asisten cuando se enferman:	MINSA	22	10	16	7	38	17
	Clínica Privada	24	11	25	11	49	21
	Centro de Salud	11	5	16	7	27	12
	Automedicacion	4	2	6	3	10	4
	Curandero			1	0	1	0
	Hospital	46	20	36	16	82	36
	Farmacia			1	0	1	0
	Ningun lado	6	3	12	5	18	8
	No me enfermo	1	0	1	0	2	1
Total		114	50	114	50	228	100
Razones para no acudir a los servicios del Ministerio de Salud:	No le gusta	3	4	8	10	11	14
	No hay medicamento	8	10	4	5	12	15
	Se demoran en atende	11	14	13	16	24	30
	Mas rapido lo matan a uno	1	1			1	1
	Calumneas de los trabajadores	3	4	5	6	8	10
	Dudan de uno	1	1	2	2	3	4
	No es lo mismo	1	1			1	1
	No lo atienden	1	1	2	2	3	4
	El trabajo no lo permite			2	2	2	2
	No se enferman	3	4	3	4	6	7
	Automedicacion	3	4	7	9	10	12
Total		35	43	46	57	81	100

Fuente: Encuesta Adolescentes 2006

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
ENCUESTA: "DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA ADOLESCENCIA"

I. CARACTERISTICAS GENERALES

1. Edad:
 - a. 10 – 14 años
 - b. 15 – 19 años
2. Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Femenino
3. Religión:
 - a. Católica
 - b. Evangélica
 - c. Ninguna
 - d. Otra (especificar)
4. Estado Civil:
 - a. Soltero/a
 - b. Casado/a
 - c. Unión estable
 - d. Otro
5. Sabe leer y escribir?

Si
No
6. Estudia actualmente?

Si
No
7. Si estudia, cual es el nivel de Escolaridad que lleva?
 - b. Primaria Incompleta
 - c. Primaria Completa
 - d. Secundaria Incompleta
 - e. Secundaria Completa
 - f. Otro
8. Estado Ocupacional:
 - a. Estudia
 - b. Trabaja
 - c. Estudia y trabaja
 - d. No estudia ni trabaja
9. Si trabaja, en que sector lo realiza?
 - a. Sector formal
 - b. Sector informal

II. CONDUCTAS DE RIESGO

10. Perteneces a algún grupo juvenil? (Pandillas)

Si
No
11. Alguna vez has intentado suicidarte?

Si
No

 Motivo:
12. Consumes algún tipo de droga?

Si
No

 Desde que edad?
 Motivo:
13. Consumes licor?

Si
No

 Desde que edad?
 Motivo:
 Cuánto ingieres?
14. Fumas?

Si
No

 Desde que edad?
 Motivo:
 Cuántos cigarrillos fumas:

III. CONDUCTA SEXUAL

15. Ya tienes relaciones sexuales?

Si
No
16. Si ya tienes relaciones sexuales, a que edad tuvistes tu primera relación sexual?
17. Con cuantas personas has tenido relaciones sexuales?
 - a. Con 1 persona
 - b. Con 2 personas
 - c. Con 3 o más personas
18. Qué tipo de práctica sexual realizas?
 - a. Vaginal
 - b. Oral
 - c. Anal
 - d. No responde

IV. REPRODUCCION

IVa. ANTICONCEPCION

19. Qué métodos anticonceptivos conoces o de cuales has oído hablar?
- a. Pastillas ☐
 - b. DIU ☐
 - c. Inyecciones ☐
 - d. Condón ☐
 - e. Esterilización Qx ☐
 - f. Ritmo ☐
 - g. Coito interrupto ☐
 - h. Otros ☐
20. Si tienes relaciones sexuales, crees que es necesario utilizar métodos anticonceptivos a tu edad?
- Si ☐
- No ☐
- No sabe ☐
21. En la actualidad utilizas algún método anticonceptivo?
- Si ☐ No ☐
- Cual? _____
22. Por qué utilizas los anticonceptivos?
- a. Para prevenir embarazo ☐
 - b. Prevenir ETS ☐
 - c. Evitar problemas ☐
 - d. Porque su pareja lo solicita ☐
 - e. Otras ☐
23. Si utilizas métodos anticonceptivos, en que lugar los adquieres?
- a. Servicios del MINSA:
 - Hospital ☐
 - Centro de Salud o Puesto ☐
 - b. Otros lugares:
 - Partera o brigadista ☐
 - Consultorio Privado ☐
 - Farmacia ☐
 - Mercado ☐
 - Promotores de ONG's ☐
 - Otro ☐
24. Si no los adquieres del MINSA, cuales son las razones? _____
25. De donde obtienes información sobre los métodos anticonceptivos y su uso?
- a. Personal de salud ☐
 - b. Profesores ☐
 - c. Padres ☐
 - d. Familiares ☐

- e. Amigos ☐
- f. TV y Radio ☐
- g. Otros ☐

IVb. EMBARAZO (Solo para las adolescentes)

26. Has estado embarazada en este último año?
- Si ☐
- No ☐
- No aplica ☐
27. Cuántos hijos has tenido?
- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ó más ☐
- No aplica ☐
28. De los hijos que has tenido cuántos están vivos y cuantos muertos?
- Vivos ☐
- Muertos ☐
29. Si estuviste embarazada, fuiste atendida durante el embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud del MINSA?
- Si ☐ No ☐
30. Si no te atendiste el embarazo, parto y puerperio en los servicios del MINSA, en donde fue y cuales fueron las razones?
- _____
- _____
31. Tuviste alguna complicación con tu primer embarazo?
- Si ☐ No ☐
- Cual? _____

También para las adolescentes:

32. La primera vez que saliste embarazada o embarazaste a alguien querías que esto ocurriera?
- Si ☐
- No ☐
- No aplica ☐
33. Has tenido alguna vez un embarazo que terminara en pérdida (interrupción del embarazo)?
- Si ☐
- No ☐
- No aplica ☐

34. Tipo de aborto:
 Voluntario /___/
 Espontáneo /___/
35. En el caso de que algún embarazado terminara en pérdida, buscaste atención médica?
 Si /___/ No /___/
36. Si no buscaste atención médica, cual fue la razón?

37. Si has tenido que recurrir a la interrupción voluntaria de tu embarazo o el de tu pareja cual fue la razón?

IVc. Infecciones del Tracto Reproductor

38. Has padecido de algunas de las siguientes situaciones?
 Secreción en tus órganos genitales /___/
 Picazón en tus órganos genitales /___/
 Dolor en las relaciones sexuales /___/
 Granos o úlceras en tus órganos /___/
 Otras /___/
 No ha padecido /___/
 No responde /___/
39. Si has padecido alguna de las situaciones anteriores, has buscando atención médica?
 Si /___/
 No /___/
 No aplica /___/
40. Si has buscado atención médica para tratar las situaciones anteriores, en donde ha sido?

41. Si no has buscado atención médica en los servicios del MINSA, cuales son las razones?

IVd. Abuso y Violencia (Física y Sexual)

42. Ha sido tocado/a o manoseado/a en algún momento de su vida sin su consentimiento?
 Si /___/ No /___/

43. Si la respuesta es SI, quien lo hizo?
 Familiar /___/
 Desconocido /___/
 Amigo/a /___/
 Novio/a /___/
 Padrastro /___/
 Otro especificar /___/
 No responde /___/

44. Ha sufrido en algún momento de su vida, algún tipo de violencia?
 a. Violencia Física (Ej, golpes)
 Si /___/ No /___/
 c. Violencia Sexual (Violación)
 Si /___/ No /___/

45. Si la respuesta es SI, quien lo hizo?
 Familiar /___/
 Desconocido /___/
 Amigo/a /___/
 Novio/a /___/
 Padrastro /___/
 Otro especificar /___/
 No responde /___/

46. En cualquiera de las situaciones anteriores, has buscado ayuda?
 Si /___/ No /___/
 En donde? _____

V. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

47. En la mayoría de los casos, cuando se enferma a donde acude?

48. Si no acude a los servicios de salud del MINSA, cuales son las razones?

